

UNIVERSIDAD CENTRAL (MADRID)
FACULTAD DE MEDICINA



TESIS DOCTORAL

**Colelitiasis : memoria presentada para obtener el grado de
doctor en Medicina y Cirugía**

MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR
PRESENTADA POR

Leopoldo Acosta Hernández

Madrid, 2015

Golelitiasis



*Memoria presentada para
obtener el Grado de Doctor en
Medicina y Cirugia*

Por

D. Leopoldo Acosta y Hernández

Médico titular en Fuentes de Bejar.

(Salamanca)

Respetable Tribunal:

La gran evolución científica que ha experimentado la medicina en estos últimos años ha hecho variar en absoluto el concepto de un gran número de enfermedades.

La Microbiología enseñándonos constantemente como el número de enfermedades producidas por los infinitamente pequeños va siendo cada vez mayor ha cambiado completamente patología de multitud de afecciones que se creían causadas por cambios humorales dependientes del estado diatélico. El origen diatélico ha sido vencido casi en toda la línea por el en microbiano

En este mismo sentido ha prestado también
mucho utilidad la Patología Experiemen-
tal reproduciendo a voluntad muchas
enfermedades y fijando de esta suerte su
determinismo morboso.

La Química Biológica dando á co-
nocer la composición exacta de muchas
sustancias que integran nuestra econo-
mía y determinando los cambios que su-
fren en su composición bajo la acción
de ciertos agentes morbosos, está
á ocupar siempre lugar preeminente
en el estudio de las enfermedades, tanto
do se trata de resolver el problema de su
patogénesis cuando se estudia el tratamiento,
pues en último término los efectos
del por el organismo enfermo se reducen á
fenómenos químicos, y del mismo modo los
medicamentos no obran la mayor parte
de las veces sin sufrir antes transformacio-
nes químicas. La exacta interpretación
estos cambios moleculares producidos en el
organismo por el estado morboso y el comple-
to conocimiento del modo de obrar del me-
dicamento constituyen el ideal que debe ser
nuestro paros. Las investigaciones llevadas

al cabo en este sentido siempre serán de gran utilidad por más que en absoluto no se podría conseguir tal ideal; pues su resolución sería la obra de la omnisciencia negada al humano entendido.

De otra parte, la admirable Cirujía contemporánea haciendo llegar el bisturí al mismo foco morboso ha permitido, realizando verdaderas autopsias en el vivo, dar clara explicación a síntomas que de otro modo hubieran permanecido inexplicables; y deshaciendo al mismo tiempo multitud de errores que sin el auxilio del escalpelo hubieran subsistido.

Este general progreso de las Ciencias médicas tiene exacta aplicación al estudio de la litiasis biliar. La Microbiología demostrando en muchos casos el origen microbiano de la Colelitiasis; la Patología experimental consiguiendo fijar el determinismo de los cálculos con tal precisión que puede decirse que a voluntad se obtienen cálculos biliares en los animales; la Química Biológica dando a conocer su composición y procurando su formación y la Cirujía hepática

ciento aún y contando ya numerosos éxitos, de tal modo han cambiado el concepto clínico de la coleditiasis que se puede decir que han hecho de ella una enfermedad nueva.

Es de suma importancia el exacto conocimiento de ésta, porque del concepto que de ella formemos va a depender en muchas ocasiones la vida de un hombre.

Las discrepancias observadas respecto al tratamiento tanto en los médicos entre sí, como entre éstos y los cirujanos hacen necesario el completo conocimiento de todas las particularidades de esta afección; pero sólo así podremos resolver con acierto en muchas ocasiones.

La conveniencia de difundir y discutir las nuevas ideas acerca de la litiasis biliar por la utilidad que de esto se resultará para los enfermos en primer lugar y luego para los médicos que les tratan me ha decidido a elegir por tema de mi discurso, la *Coleditiasis*.

El orden de exposición en el presente trabajo será el siguiente

1.º Datos preliminares necesarios como introducción al estudio de la enfermedad

mima: (Química fisiológica y microbiológica.)

2.º Patogenia y etiología

3.º Característica de los cálculos biliares.

4.º Sintomatología.

5.º Fisiología patológica

6.º Complicaciones

7.º Diagnóstico. Pronóstico

8.º Tratamiento (medico e indicaciones de intervención quirúrgica)

9.º Conclusiones.

Datos preliminares

Datos quimicos fisiologicos. La fase de preparación biligénica de la célula hepática tiene lugar durante los periodos de descanso digestivo y la vesícula biliar se vacía cuando la digestión va a terminarse (Chauffard).⁽¹⁾ La cantidad de bilis segregada durante las 24 horas no excede de 500 a 600 cc. La bilis elaborada se va acumulando en la vejiga de la hiel donde se modifica notablemente su composición desde que sale de la célula hepática hasta que abandona la vesícula: el volumen del líquido segregado es mucho mayor cuando se creaba de formar que cuando sale de los conductos biliares: gran cantidad de agua se reabsorbe, habiendo por lo tanto en esta reducción enriquecimiento de los productos disueltos. La bilis recién elaborada es pobre en principios sólidos y después de estar en concentración resulta abundante en ellas.

(1) Chauffard: en el tratado de Medicina de Charcot-Bouchard.

La bilis humana fresca es de color amarillento anaranjado como es en todos los animales de régimen mixto (1). La reacción es alcalina en estado normal; la densidad varia según que sea recién segregada o no: en el primer caso es de 1,013, luego llega a 1,020 ó 1,030. El residuo fijo varia igualmente, siendo de 3 por ciento todo lo mas cuando se recoge antes de su citacionamiento y de 14 por 100 cuando llega al intestino.

Contiene varias materias colorantes que se pueden referir a una fundamental resultante de la descomposicion de la hemoglobina; es la bilirubina que por oxidaciones sucesivas modifica su color produciendo los derivados. bilinguscina, bilingrasina, biliverdina etc.

Los acidos biliar es son dos principales; glicocólico y taurocólico o acidos conjugados que se encuentran combinados con la sosa formando glicocolato y taurocolato sódicos.

Hay una sustancia albuminosa; la mucina precipitable por alcohol y acido acetico, pero no coagulable por el calor. Contiene además sustancias grasas y hierro en proporción superior a la de las demás secreciones.

Existe tambien una materia muy interesante para nosotros porque forma en gran cantidad

(1) Segun R. Letienne (Thèse de Paris 1891) la bilis verde en el brio es siempre anormal y la biliverdina solo se encuentra en la bilis ya modificada

la mayor parte de las coleditas, es la colestero-
rina que se presenta en forma de pagitos, de
tablitos romboidales solubles en éter o cloro-
formo: de función alcoholica correspondien-
te a las compuestas de la serie aromática
y que se mantienen disueltas en la bilis a
favor de las diluciones de las sales de
ácidos biliares.

La proporción de colesteroína en la bilis
es de una gran fijera y próximamente re-
presenta el 5 por 100 (Beaunis); resul-
tando de las últimas investigaciones de
Saunoy que no influyen al parecer sobre
ella la alimentación ni la abundancia
de colesteroína en la sangre.

La secreción biliar constituye una vía
de eliminación; elimina una serie de detritus
tóxicos y también como hemos dicho la co-
lesteroína; sustancia universalmente ex-
tendida por los organismos tanto vegetales
como animales; termino común de la des-
trucción y desasimilación de los albumi-
noides. El organismo facilita su elimina-
ción como sustancia inútil y la hace
soluble para facilitar la expulsión.

(1) Carracido. Apuntes de química biológica.

Datos microbiológicos, ó relaciones entre los microorganismos y las vías biliares en estado normal. La bilis cística y las vías biliares encuentran normalmente virgines de todo microbio. Numerosos experimentos bacteriológicos lo demuestran y entre otros los de Duclaux, Letienne y Dupré; la clínica igualmente lo atestigua; pues son numerosos los casos en que la bilis escapada en el peritoneo se ha reabsorbido poco a poco sin producir accidente alguno.

Como acción accesoria según Chauffard, ora la bilis de cierto poder antiséptico no cuando es fresca y natural si no cuando se transforma durante su emigración intestinal. Sin embargo no deberá creerse que se encuentra dotada la bilis de propiedades bactericidas. Charrin y Roger consideran más antisépticas las sales biliares y particularmente el taurocolato sódico. Esta acción bactericida se ha exagerado mucho pues lo

(1) Chauffard. lo - cit.

cierto es que en ella puede cultivarse muchos microorganismos y entre otros el estafilococcus aureus y el bacterium coli commune (Charrin y Roger, Lettenne, Vigual ed.

Si las vías biliares están normalmente acreticas, en cambio cerca de ellas existen fuentes de infección que constantemente las amenazan.

Un medio fértil, donde pululan a su placer infinidad de microbios es el tubo digestivo en general y particularmente el duodeno. La microbiología del duodeno se ha estudiado con minuciosidad y resulta de los trabajos de Gessner y Dupré que se encuentran en él multitud de microbios u nos mal conocidos e innumerables otros. Pero conviene recordar a nuestro objeto que en él se encuentran constantemente el gran pariente de las vías biliares, el B. coli commune. También se han encontrado los estafilococos, el estreptococo y en estados patológico el pneumococo el B. tífico est.

Resulta de esto que las vías van a abrirse en pleno medio reptico; la distancia entre la ampolla de Vater y la

11

curvadura del duodeno es corta y la continuidad de la mucosa permite el paso de las bacterias a pesar del tono del pequeño esfínter descubierto por R. Oddi. Efectivamente, se han descubierto en las últimas porciones del coledoco regios Duclaux y Netter, el *B. coli* y el estafilococo dorado. Estos microorganismos, no suelen más probablemente las paredes de los conductos rechazando de esta suerte a los microbios hasta el intestino. Esta consideración conviene tenerla en cuenta, porque tales bacterias que no pueden ascender por las paredes constantemente bañados por la bilis, pueden vencer la subida si en dichas paredes existen transformaciones patológicas que se traducen para ellas en puntos de apoyo. Igualmente puede esto tener lugar si la corriente biliar tan débil desde el punto de vista del incesante barrido de los conductos vectores de la bilis, disminuye su velocidad o se estanca; no existiendo la fuerza que constantemente arroja a los microbios a las porciones inferiores, estos pueden ascender.

El bacilo de Escherich puede ser francamente
 piógeno para las vías biliares como lo
 demuestran los casos observados por Dupré
 por Gilbert y Girode y por Veillon y Salet. Pe-
 ro puede también no producir la supura-
 ción en ciertas circunstancias: en una lit-
 nea operada por Terrier, Gilbert y Girode
 le han encontrado en la vesícula biliar
 dilatada pero no supurada. Este hecho es
 de importancia capital, pues demuestra
 posibilidad de un microbismo latente de
 las vías biliares: sobreviene alguna circuns-
 tancia favorable y la infección hasta se-
 ta vez latente, se demascara.

Genesis y etiología

Genesis. Las verdaderas causas de la formación de los cálculos biliares no se conocen aún con seguridad y sólo se tiene por indudable la gran importancia litogénica del estasis biliar, pero este solo no basta para explicar su producción, porque se han observado casos en que la obstrucción del conducto colédoco ha permitido mucho tiempo sin dar lugar a la formación de cálculos.

La opinión sustentada ya por Boe en 1757 y después muy generalizada que atribuía la producción de cálculos a la detención y espesamiento de la bilis rechazada por Frerichs y no se en la actualidad, porque sabemos que se trata de una precipitación de las sales que tiene la bilis en solución y no de una causación de ésta.

Para Bouchard la génesis de la litias biliar tendría lugar de la siguiente manera. Si la colesteroína existe en las bilis en exceso tenemos la primera causa de su precipitación. Lo mismo ocurre si pierden su alcalinidad y se torna ácida; y muchas veces se ha encontrado ácida al hacer la autopsia de los litariers. Esta acidez de las bilis es debida al exceso permanente de ácidos orgánicos en los humores; ya por que se forman en gran cantidad o bien porque su combustión sea insuficiente. Los ácidos biliares acidifican la bilis, precipitan la colesteroína y dejan la cal de los tejidos en libertad. La disminución de los sales de ácidos es causa también de la precipitación del pigmento biliar.

Si se realizan según Bouchard, las condiciones químicas de insolubilidad de los diversos componentes de los cálculos.

A estos datos químicos se pueden hacer varias objeciones: la proporción de en la bilis ya he dicho que es de una gran fijera; luego estando demostrado este hecho (Kauyus Thomas), no podemos atribuir la

15
formación de cálculos o un exceso de coles-
terina que es imaginaria. Tampoco puede
culparse a las transformaciones del ácido
glicólico en ácido cálico, porque éste
es un buen disolvente de la colesteroína.

Estas conclusiones parecen abogar en
favor de la importancia litógena del
catano biliar defendida ya por Hechel
y sostenida modernamente por Naunyn.

Hace ya muchos años (Hein, Hechel) que
se consideraba a la secreción catanal de
la mucosa biliar como el *primum moriens*,
que por la descomposición del glicólido
de soda determinaba la precipitación
de las sustancias que acompañan los cálcu-
los biliares. El catano de los conductos
biliales decía Saccard "es uno la causa,
al menos la principal condición patoge-
nica de la coleditis".

Según Naunyn los componentes de los
cálculos biliales (colesterina bilirubina
cálcico carbonato cálcico) proceden en
parte de la mucosa de las vías.
Las sales cálcicas son formadas
mente por la mucosa de la vena

(Frerichs). La cal. es un componente ¹⁶caus-
tante del moco.

Durante las afecciones catanales y sobre to-
do las ligeras (según se ha observado) tie-
ne lugar su desprendimiento abundante
de células epiteliales y por consiguiente
formación de gran cantidad de coles-
terina: además, se forma también moco
aumentando por consiguiente la propor-
ción de cal. Kaunper ha sostenido que
la bilis siempre contiene ácidos en canti-
dad suficiente para mantener en diso-
lución la colesteroína y la bilirrubina.
Gochman ha tratado de impugnar es-
tas investigaciones de Kaunper de mane-
ra que son precisas nuevas observaciones.

Todas estas causas e igualmente los
granos o copos de colesteroína, bilirrubina
moco, cálculos epiteliales, granos etc. que
frecuentemente se encuentran en los cana-
les biliares en estado normal, no bastan
para determinar la formación de cálcu-
los; pues mientras la vesícula se contraiga
con energía sobre su contenido y no exis-
ta obstáculo alguno para que este fluya con

libertad, todos los precipitados que se for-¹⁷men, bien sean en estado normal o bajo la influencia del catano serían pronta-
mente expulsados al intestino. Para que
se formen los cálculos es necesario que las
causas que producen la precipitación de
la ~~bile~~ bile sobre ésta en estado de reposo
o poco menos durante algún tiempo.

Modestamente se ha tratado de es-
tablecer íntima relación entre la pato-
genia de la litiasis y la infección biliar
suponiéndola por algunos (Hartmann) que
el origen microbiano de la colelitiasis ten-
dría lugar en todos los casos.

Esta idea del origen infeccioso de las
colelitis es tomada por en 1886 por Galippe
la manifestó Kunkin en 1886 en la
en 1891 en el Xº congreso de Medicina inter-
na de Wiesbaden, habiendo adquirido to-
da su importancia con los trabajos de
Gilbert y Dominici (11) de Hanst y Le
de Gilbert y Fournier (12) de Mignot (13).

(11) Gilbert y Dominici. Soc. med des hop. junio 1894.

(12) Louis Fournier. Origine microbienne de la lithiase biliaire.
Bull. de Paris 1896.

(13) Mignot. Calculs biliaires expérimentaux. Soc. de chir. May. 1897.

Voy a dilucidar el valor que a mi juicio tiene la opinión del origen microbiano de la coledocitis; para esto estudiaré los hechos en que se funda y la interpretación que a los mismos se ha dado.

Los hechos son: la existencia de colibacilos en los cálculos y la producción experimental de éstos por infección colibacilar.

La existencia de microbios en los cálculos es un hecho de innegable claridad: cierto número de cálculos biliares principalmente cuando son jóvenes, contienen en su interior microbios vivos; los cálculos de más edad colibacilos muertos; y los muy antiguos no contienen microorganismo alguno. Su relación con esto el tanto por ciento es el siguiente:mann en 5 casos encontró 12 veces bilis y cálculos esteriles; un caso de colibacilo en la bilis y el cálculo; 1 caso de colibacilo y estreptococo en la bilis con colibacilo en el cálculo; 1 caso de colibacilo en el centro de los cálculos con bilis esteril. Fournier en 70 casos halló 67 veces sin germen; 20 ca-

19
baciilos vivos, y 3 veces, formas bacilares mu-
tos. de estos datos se deduce que los microbios
son casi constantes en las coleductos recientes
(3 veces de 5)

Estas fechas de observación no admiten discusión, pero se presenta a ellas la interpretación que se les ha dado. Dicen los partidarios de la infección primitiva de la bilis, que la existencia en ella de los microbios ha antecedido a la formación de los cálculos. Pero desde que las experimentaciones de L. Fournier han evidenciado que el cálculo fovea es permeable a los microbios esa opinión considerada en absoluto ha perdido gran valor; porque efectivamente por una disminución de la corriente biliar puede tener lugar la infección de bilis, en que no existen coleductos, pero en otros casos esta detención de la corriente biliar tiene lugar por el obstáculo que al mismo ocasionan los cálculos biliares; y en este caso la infección no sería primitiva, puesto que la ha determinado la existencia de los cálculos. Y determinada la penetrabilidad de estos por los microbios, los que se

en los coleditos la misma pueden haber^{no.}
prentado en el cálculo formando, que ho-
ben producido este alrededor de ellas.

A otra serie de hechos en que refun-
da la génesis microbiana de la cole-
litiasis la suministra la exper- a
ción. Gilbert y Fournier han producido
cálculos biliares en el conejillo de Indias
y en el perro mediante la inyección
en la vena porta de coquecitos, poco viru-
lentos. Mignot ha obtenido en el con-
ejillo de Indias mediante infección
colecilar, cálculos de coledocina, sales
y pigmentos biliares, de 14, 10 y 11 miligra-
mos de peso y posteriormente han logrado
el mismo resultado con los estafilococ-
os, el estreptococo y el subtilis (Barrot,
Mignot). De los hechos estudiados se
deduce solo: que generalmente los cálculos
biliales encierran microbios (3 veces de 5, Han-
mann, 23 de 70, Fournier), y que se ha deter-
minado la formación experimental de
pequeños coleditos en el conejillo de Indias
conejo y perro por la infección de la vena porta

Nada mas conuencionalmente hasta
hoy, y de esto se afirmas que todos los
cálculos biliares son de origen infe-
cioso, media una distancia inmensa (Chou-
ffard). Sin decir como Gilbert (1) que
nada podemos deducir con referencia
al hombre de la determinación experi-
mental de los cálculos en los ani-
males; y sin calificar como lo hace
Biquot (2) de malo el argumento bazo
de la demostración de microbios
en los cálculos termino deduciendo que
la genesis microbiana de la litiasis bi-
liar es muy probable en ciertos casos; pe-
ro en el método científico no esta osten-
tada actualmente no habiéndose pro-
tante motivo alguno que justifique su
aplicación en todos los casos. Es-
tas razones no estoy conforme con el
exclusivismo de Hartmann que
escribió: «el origen infeccioso de la litiasis
biliar esta tan evidentemente
demostrado, que basta para afirmar la

(1) Gilbert. Arch. gen. de med. Septiembre 1898

(2) Biquot. Arch. gen. de med. Agosto 1898

22
existencia de un solo caso de litiasis dia-
tética.¹¹ Como dice Chauffard estas son
razonaciones a las que pocos médicos se
cuentaron suscribir.¹²

En cuanto al modo de formarse los cálcu-
los biliares bajo la acción de los micro-
organismos hay dos opiniones defen-
didas una por Naunyn, y la otra por
Letenneur.

Para Naunyn la litiasis biliar es el
resultado de un estado morboso de la
mucosa biliar: de una angioculitis des-
carnativa siendo esta producida por
diversos agentes infecciosos procedentes
del intestino. Los vestigios de esta an-
giloculitis se encuentran en el centro de
los cálculos, pues el núcleo contiene sem-
pre elementos celulares.

Letenneur sostiene que no es precisa la
existencia de la angiloculitis y admite
que los microbios se levan previa de
la mucosa pueden modificar la bilis
ocasionando la formación de coledolitos.

¹¹ Chauffard. Patogenia de las enfermedades hepáticas. En la
enciclopedia de Patología gral bajo la dirección de Bouchard
y en Castellan bajo la dirección de J. R. Urbia y Cardona.

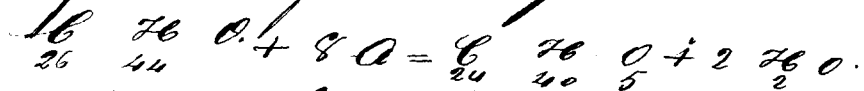
23

Antes de terminar el estudio de la pa-
togenia de la calculosis, voy a exponer
muy ligeramente de una hipotesis
química para explicar la formación de
los ácidos biliares, y que de realizarse
en el organismo tendría suma im-
portancia, porque demostraría el gran
papel que en la producción de la
litiasis biliar juegan las enferme-
dades que Roussard llamó por re-
tarde nutritivo caracterizadas en
general según él por disminución de
las oscilaciones intraorgánicas.

El origen de los ácidos biliares
se cita en los libros de química bioló-
gica como incógnita por despejar.
Nos fijaremos solamente por un im-
portante o nuevo objeto en el ácido
calábico factor común de los ácidos
cálcico y cálcico. El ácido calábico
procederá desde luego de los albu-
minosos. Entre éstos y aquel hay
terminos intermedios, y el más impor-

taute es la euloteria. ²⁴ Por consiguiente
podemos creer que el ácido euloterio
procede de una transformación.

Para comprender esto pongamos la
formula de la euloteria: $\begin{smallmatrix} 16 \\ 26 \end{smallmatrix} \begin{smallmatrix} 76 \\ 44 \end{smallmatrix} O.$ En
esta y la del ácido euloterio no hay
gran diferencia. Basta para pasar
de una a otra suponer una simple
oxidación: admitiendo la en grado
suficiente queda explicado el hecho.



Para poder voluntar tal transformación
se necesita saber si en el hígado existe
gran cantidad de CO_2 y esto está fuera
de duda. Procediendo en el vacio so-
bre un litro de bilis se han separado
de ella 200 centímetros cúbicos de este gas
que hemos de suponer formando un
bicarbonato olivocianilo. Si se trata
por un ácido se obtienen 500^{cc} mas lo
que indica gran cantidad de carbonato

(14) Para mas detalles vease Canavale. Apuntes de quimi-
ca biológica, de donde estan tomadas estas datos.

nato.

Esto podría objetarse una idea muy corriente entre químicos y fisiólogos: la de que el hígado es una glándula eminentemente reductora. Pero esto no basta para reducir la conclusión establecida, porque precisamente las más internas oxidaciones se manifiestan allí donde tienen lugar reducciones poderosas: como ocurre en el caso de la creosota de trementina por el ácido nítrico, en cuya reacción oxidan cuerpos que resisten al oxígeno.

Siendo el ácido colático un buen disolvente de la colesteroína y produciéndolo mediante oxidación de éster podemos suponer que cuando se encuentra en la bilis un exceso de colesteroína no es porque se haya producido más; es que hay una falta de oxidaciones hepáticas, y por lo tanto menor cantidad de

circulante, sale al exterior precipitándose ²⁶
en los cálculos biliares.

Esta teoría ~~vincula~~ del determinis-
mo químico de las calculas reduce
la causa próxima de su formación a
una disminución de las oscilaciones
superficiales.

Ahora bien; ésta podría ser la
expresión de una deficiencia gene-
ral de oscilaciones en el organismo
o de una deficiencia puramente lo-
cal que en el terreno de la posibili-
dad podría explicarse en relación
con el origen microbiano, suponiendo
que los microorganismos existentes en
la bilis consumieran el oxígeno nece-
sario para la transformación de la
colesterina en ácido calculoso.

La aclaración en el organismo de
los hechos citados sería de importan-
cia capital porque terminaría los
dilemas entre los partidarios del

origen dietético y los del microbismo²⁷
se demuestran igualmente la posibilidad
de ambos.

Etiología

La litiasis biliar es un padecimiento
muy frecuente. De las diversas teorías
emitidas con respecto resulta que los cál-
culos biliares se encuentran en el 8.
sco de todas las autopsias. Si los
cálculos y miles de enfermos de cálculos biliar
se tuvieran todos constantemente de-
bido por esta causa sus lamentos in-
terdirían fin (Riedel) (11)

La edad y el sexo representan papel
importante en la etiología de la
colitiasis. Según Riedel se de-
arrolla hacia los 15 años, siendo luego
cada vez mas frecuente. Para Chateau¹²
se presentaría con mayor frecuencia de

(11) Riedel. En la obra terapéutica de las enfermedades
crónicas. bajo la dirección de Penzoldt y Stürteing y en Castellano por
Dr. de Urbán y Candona.

(12) Chateau tratado de medicina clínica y terapéutica.

28

sente los decimos tercero y cuarto de la vida.

Entre 395 casos de cálculos biliares Heen encontró solo 3 (Cerca del 1 por 100) en personas menores de 20 años, y Brandt y Fardel solo 2 en 230 observaciones. Esto no quiere decir que en realidad estén exentos de ellos los niños. Como se vean los ejemplos en una niña de Gaigny y Lientraud y Portal en recién nacidos.

Se afirma por todos los autores que este padecimiento representa con más frecuencia en la mujer que en el hombre. La relación es de 5 a 3 por 2; casi doble. Se considera como causa de esta mayor frecuencia la vida sedentaria y la compresión del vientre por el corse. En conformidad con este hecho Gallinger y Brater han observado que el 80 por 100 de las niñas que padecen cálculos biliares tienen el hígado hepático producido

por el carré, Marchand explica esto diciéndolo que durante el día el carré obstruye el paso de la biliar y por la noche se encuentra estancada a causa de la posición horizontal. Schroeder encuentra cálculos biliares en más del 50 por 100 de las mujeres que presentaban en la autopsia un signo de compresión en el ligado.

A pesar de estas observaciones creo que se ha exagerado mucho la importancia de la compresión del tallo. A mi modo de ver no basta esto para explicar la mayor frecuencia por que también se encuentran los cálculos mucho más frecuentemente en las mujeres que en los hombres de las poblaciones rurales a pesar de no estar generalizado el uso del carré.

Mas importante tiene a mi juicio el embarazo dificultando considerablemente la circulación de la biliar durante sus últimos meses. A mi se ha

20
observado que resulta la calbitis
más frecuente en las mujeres que
en el varón. Sin embargo siempre
suceso de gran importancia es este
hecho, porque es al mismo tiempo coin-
cidencia de la edad.

Solo lo demás cauceis respec-
to a la aparición de cálculos liti-
ces dueros; así vemos a los
antares franceses esforzarse para
hacer estadísticas, que demuestren
la importancia de lo que Champand.
Haua equivalentes patológicos. Los
estadísticas de Bouchard demues-
tran la gran frecuencia del reumatis-
mo articular, 45 por 100; de la
betes, 40 por 100; de la gota, de la obe-
sidad. Senec en 166 casos ha encon-
trado 95 la gota y 98 la arenilla uri-
naria.

Estas ideas han sido impugnadas por
otros observados; así vemos a Halamon

que a propósito de esta pretendida re-³⁸lacion entre el artrismo y la li-
teas biliar dice: "en realidad la
influencia del artrismo sobre la for-
macion de calculos biliares es una
idea teorica, un prejuicio que des-
pansa unicamente en la grosera
analogia que existe entre los cal-
culos del riñon y los del hígado.

Esta analogia como es sabido es
quimicamente falsa, no hay ácido ur-
ico en los calculos biliares y si la uri-
cemia puede explicar la arenilla ur-
ica del riñon, no puede dar cuenta
de la formacion de concreciones com-
puestas unicamente de calciteuria y de
sales biliares." (1)

La herencia similar y directa de la
colelitiasis seria segun E. Dufour, no
de 5 por 100 (Boeckhard) sino de 20 por
100. Segun Riodel este padecimiento
es hereditario en alto grado y en excepcion

(1) En la obra *Therapeutica clinica* Gaston Leon-

deteniéndose del enfermo indica con siempre que el padre o la madre por lo menos padecían del estómago, padecimiento que generalmente debe atribuirse a los cálculos biliares. Este es un argumento que en mi opinión no tiene gran valor, pues ni en la coledocitis ni en padecimiento

de nada de particular tiene que alguna vez exista en los padres, o deniegarse que resulta también común a atribuir padecimientos tan generalizados como los del estómago a la presencia de cálculos biliares.

“No existe una predisposición congénita especial; la herencia voluntaria por algunos no desempeña ningún papel según nuestra experiencia, ni tampoco según parece una observación o anomalía especial de los cambios moleculares adictados sobre todo por los motivos franceses como sucede indudablemente en los cálculos renales.” *Leichtenstern* (1)

Se consideran además como predisponentes

(1) *Leichtenstern*, en la terapéutica de las enfermedades internas, *Reurolde* etc.

a la formación de cálculos en la vesícula ³³
sedentaria el excesivo uso de carnes y espi-
tuosos, el uso de alimentos grasos (Muller)
el ayuno prolongado (Friedrich); las infla-
ciones locales y sistémicas (Cunado, Pouchet,
Bullinger, Hermann); la degeneración ater-
omatosa de las arterias (Beretel; el reuma
movible (Roux)

El hecho de presentarse con preferencia
cálculos biliares en los viejos se ha inten-
tado explicar por una estancación bi-
liar dependiente de la atonía de la
vesícula, la cual según Charcot es pro-
ducida por una atrofia adelantada
de su túnica muscular.

Característica de los cálculos biliares.

Los coledolitos pueden encontrarse en todo el sistema de conductos biliares. Se toman especialmente en la vesícula biliar y de un modo más raro en los conductos biliares del hígado. En los conductos císticos, hepáticos y coledocos no se hallan nunca sino se han formado primitivamente en la vesícula o en los conductos intrahepáticos.

En el conducto coledoco se encuentran con frecuencia cálculos que se han detenido en él durante su emigración desde vesícula al intestino o que desde el ducto hepático han llegado directamente al coledoco. Estos cálculos son muy sencillos (en 50 casos de 72 Janssen) o poco numerosos. Generalmente son cálculos pequeños al rededor de los que se ha producido una aglomeración de sustancias calcáreas.

Pueden desarrollarse cálculos biliares

en grandes cantidades en los conductos ³⁵
trahe protuberancias pero generalmente no son primari-
tas sino secundarias después de la obstrucción
del conducto biliar por concreciones.

El número de cálculos formados en la
vejiga biliar puede estar en raros in-
tervalos de un volumen y variar entre lí-
mites muy amplios. A veces existe uno
solo y en otras casos esta la vesícula total-
mente atestada con grandísimo número.
Son muchas las observaciones en que pa-
saron de ser los cálculos hallados en la
vesícula. La colección Otto parece una ve-
sícula biliar que contenía el enorme nú-
mero de 78 o 79 cálculos. Chopart cita un
caso en que los conductos biliares del hígado
estaban obstruidos por tan gran nú-
mero de cálculos que no era posible resecar
ni el hígado con el escalpelo.

El volumen de los cálculos es muy va-
riable; desde los que son casi insignifi-
cantes y que cuando existen en gran canti-
dad forman en el interior de la vesícula
una pequeña pandorra hasta los enormes

36
cálculos rimas del tamaño de un huevo
de gallina y más que contienen la vesícula
entera.

Heckel ha descrito uno que medía 15 centí-
metros de longitud por 82 de circunferen-
cia. Naturalmente estos cálculos de la ve-
sícula pueden adquirir mayor volumen
que los alojados en los conductos de me-
nor calibre.

Los cálculos múltiples pueden ser del
mismo tamaño probablemente producidos
en la misma época, o de volumen diverso,
correspondientes a diferentes generaciones.

La forma de los cálculos biliares está
subordinada en parte al punto en que se
han desarrollado: así se observan los pe-
queños en número en los cálculos biliares
del hígado de forma cilíndrica a-
largado unas veces y otras se encuentran
formados por numerosas ramificaciones que
se han comparado a las ramas de coral.
(Sabourhère)

Los cálculos de la vesícula son comun-
mente de forma poliedrica cubo-

do cuando son numerosos. En otros ca-
37
sos son elípticos o redondeados, repre-
sentando en ocasiones la forma pirilar
me de la vejícula. Esto se observa prin-
cipalmente en los cálculos sencillos de $\frac{1}{2}$
tamaño que llevan por completo la cor-
vatura de la vejiga.

Frecuentemente presentan los cálculos
bilíares formas irregulares con super-
ficies deprimidas y salientes. Los cál-
culos de esta forma se parecen a los
huecos del capro. (Haller)

Las facetas de los cálculos en que
ellos pueden producirse bien por la
presión recíproca entre ellos cuando
son blandos o por los roces y desgastes en-
tre los concrementos.

Se distinguen fácilmente de querru-
do o han producido, porque cuando
ha sido por presión mutua, las fa-
tas que oren a medida que lo
los cálculos tienen el mismo color
los bordes mientras que cuando se

formado por delante las facetas ³⁸ que
valientemente tienen. Un color distinto del
resto de la superficie de los cálculos.
En ocasiones se forma una especie de
articulación entre dos cálculos, una
obstruye o desaptando la superficie co-
hiente de uno a la cavidad de su
vecino.

Se han observado cálculos arbores-
centes (Seifert). Son raros los
aplanados y foliáceos como los des-
critos por Frenichs.

La superficie puede ser lisa como la
brillante y angulosa de los cálculos
en facetas. La rugosa y granenta co-
mo una mata principalmente cuando
los cálculos han adquirido cierto
volumen. A los cálculos biliares que
se hallan cubiertos de pequeñas tubu-
runculadas verrugosas se les ha dado
el nombre de cálculos verriformes.
En otros casos se observan corvados

39
por su superficie. Se ha deducido de
este hecho la posibilidad de que la
bilis disuelva los cálculos. Pero Schup-
pertal alteración es debida al desarro-
llo de bacterias.

La consistencia de los cálculos
según el tiempo que han que se han
formado y según la constitución
química. Los cálculos recientes son blan-
cos, friables, se desmenuzan con los
dedos y ofrecen al tacto una impresi-
ón jabonosa. Si están de más tiempo se
reducen a pedruzcos espontáneamente
o a la menor presión. Se han encon-
trado fragmentos de cálculos en la ve-
jiga o en los conductos excretores de
la biliar.

El color de los cálculos biliares
reciente verde o amarillo pero varía mucho
en relación con su composición quími-
ca: pueden ser negro, pardo, amarillo cla-
ro o gris.

El peso varía en tamaño y compo-
sición. Pitter ha encontrado un cálculo

to de 13,5 gramos, cifra acaso la más ⁴⁴⁰
elevada de las calculas biliar ahora

La densidad es siempre mayor que
la del agua en la que se sumergen
de son opacitas. Batillat halló el pe-
so específico de un cálculo 1.866. Cuan-
do los cálculos biliares están obesos
pueden caberlos en el agua pero ha-
ciéndolos vuelven a sumergirse
como en estado fresco.

Por su estructura pueden ser los ca-
litos homogéneos y compuestos. En
los primeros las capas periféricas tie-
nen la misma estructura que las cen-
trales y en todos se expresan
los mismos caracteres físicos y químicos.
Los cálculos compuestos presentan en su
oleo y capas periféricas. Algunas veces
se los encuentra hasta quince veces.
El núcleo es excéntrico cuando el cálculo
biliar tiene más de uno. El origen de los
cálculos polinucleares generalmente es de-
bido a la conculación en una masa

de varios cálculos cada uno de los ⁴¹
han enumerado en nucleos primitivos.

El nucleos de los cálculos biliares se
compone comúnmente de elementos
celulares (restos de epitelios cilindri-
cos), colestérina, mucina, y bilirru-
binato calcico. Suele también en-
contrarse formado el nucleos por e-
tros citratos que se han detenido
en los conductos biliares. Son
las observaciones en que se cita
existencia de un coagulo de san-
gre en el centro del cálculo. Se ha en-
contrado el nucleos del cálculo form-
do en otros casos por una aguja ma-
cramiento (H. Fleischhohn) (1). Fre-
richs menciona un caso de cálculo
biliar formado al rededor de un
bueno de ciruela que desde el estó-
mago había pasado al hígado por
una úlcera perforante.

(1) H. Fleischhohn: *Archiv de Patología interna*

En el centro de los cálculos recientes, sue-
le hallarse una cavidad ocupada
por una sustancia semilíquida. Las
paredes de la cavidad están forma-
das al principio por bilirubinato cal-
cificado pero a medida que el cálculo se
decarulla la colecciona va sustituyéndolo
al bilirubinato terminando el cálculo
por ser de colecciona.

Se encuentran también formados el un-
do de las células ciertos microorganismos
siendo el más frecuente el *B. coli* comu-
ne. Estos microbios pueden hallarse vi-
vos en los cálculos recientes y muertos en
antiguos (Fournier, Hartmann).

Recientes investigaciones de Fournier
han demostrado que la masa cristalina
de los cálculos está engastada en un ce-
mento y cemento sustituido orgánicos.

Por su composición química pueden ser
los cálculos biliosos simples y compuestos.
Son los primeros formados por una
sustancia y los compuestos por varias com-

Ácidos.

43

Los cálculos simples están formados comúnmente por colestercina, por pigmentos biliares, o por sales calcáreas. Son muy raras encontrándose con siempre dichas sustancias en diversas proporciones dando lugar a los cálculos compuestos que se han dividido en tres clases:

- 1.º Los cálculos de colestercina son los que se encuentran con más frecuencia en el h. b. Sus caracteres varían según la proporción de colestercina. La superficie es ora lisa, ya aspera y angustosa; el color es amarillo pálido con blanco parecido al de la cera; pero pueden presentar otros colores según la cantidad que encuentren las combinaciones de los pigmentos biliares. Son generalmente continuos al tacto y de fácil peso. La superficie de sección es de brillo ceroso en parte radiada y en parte estratificada y de aspecto cristalino.
- 2.º Los cálculos biliares que contienen comu-

componente principal las emulsi-
 ones de los pigmentos, son más raras
 que las de colestérica y generalmente se
 encuentran en el hombre proporciones con-
 siderables. Son de color herumbroso
 verde verdoso o negro, y frágiles. Estos
 cálculos están formados ordinariamente
 por la emulsión cálcica de la bili-
 verdrina contenida poca o ninguna
 biliverdrina. También hallan también
 formados por la bilifusina en mayor
 proporción; estos son generalmente peque-
 ños de color negro o verde negro y bri-
 llo metálico.

3º Los cálculos que tienen como principal
 elemento de constitución el carbonato y
 el fosfato cálcicos son muy raros a pe-
 ños se observan en el hombre. Se dis-
 tinguen por su color blanco grisáceo y
 su gran dureza y peso.

Se ven variably las relaciones que existen
 entre los cálculos biliares y los
 de las vías biliares. Con mucha fre-

4
siempre están los cálculos libres en la ve-
sícula; son móviles y cuando se abre la
vejiga tienden a salir fuera o se les
puede extraer fácilmente.

Se encuentran algunos adheridos
a las paredes de la vesícula cuando
están enteros, densos e indurados. En
algunos casos se hallan incrustados
en la vejiga encontrados en un co-
ro como empuchada a manera de un co-
ro.

Si el cálculo es muy voluminoso que
sele en la cavidad en que se aloja
puede esclavarse en ella hasta el
punto de ser imposible movilizarlo.

IV

Sintomatología

El cuadro clínico de la litiasis biliar es muy diverso. En unos casos la colitis no produce síntomas al-
gunos durante toda la vida habien-
do gran número de individuos en el
cálculo biliar que no experimentan la
menor molestia. Riedel hace ascen-
der a 95 por 100 el número de per-
sonas en que la litiasis biliar exis-
te en una forma latente.

En algunos casos cuando los cálcu-
los biliares se producen una in-
flamación puede ocasionarse su excre-
ción por el examen objetivo. Esto
ocurre cuando los cálculos que ocupan
la vejiga biliar son numerosos y pro-
ducen su detención produciéndose
el tumor formado por la vejícula

a través de los paros abdominales
sea por la simple inspección o mejor
aun por la palpación. Por este medio
puede producirse un ruido apreso com-
parable al que producen varios frien-
dos de pequeño volumen en el interior
de un saquito y produciéndose por el des-
tiramiento o choque entre los cálculos
que ocupan la vejiga.

Teniendo en cuenta estas hechas se
puede afirmar que los cálculos bilia-
res son perfectamente reportados en un
estado latente durante una o mas
semanas y así lo revelan las infinitas ocu-
rrencias que se han encontrado la ve-
jiga de la hiel con muchas concre-
ciones que no han producido altera-
ción alguna en la vejiga ni en los
conductos excretores de la hiel no
habiendo tampoco influido en la sa-
lud del individuo afecto.

En las personas de edad av-
anzada alguna vez la salida de

calculus biliares entre las heces sin pro-
ducir molestia. Esto se supone de bida
por una parte a la mayor amplitud
de los conductos biliares, efecto de la re-
lajación de sus paredes y por otra a la
eliminación de la irritabilidad de la mu-
brana mucosa; condiciones ambas que se
presentan con más frecuencia en los viejos.
Algunas veces los síntomas observados
en los enfermos de calculosis son vagos;
cuando ocurre con los indolentes que no que-
jan de debilidad de estómago, inape-
tencia, dolores vagos y profundos en el
epigastrio o en el hipocostrio dere-
cho ect.

El síndrome clínico típico que en la
inmensa mayoría de casos revela la
existencia de calculus biliares, es el ictus
hepático.

Este sobreviene una vez o
varias y otras cae sobre el con-
trasiguen del régimen, con esfuerzos
esporádicos, bailes, equitación ect. En algunos

49
caros toma lugar el accion de calor
hepático o de fúe de emociones morales
fuertes y en otros bajo la influencia de
acciones somáticas que pueden ser de una
ó de otra naturaleza. Así se
ve en algunos lugares el importante
papel que representa en la aparición
del cálculo hepático el aparato genital.
Durante la menstruación se presenta
frecuentemente el accion hasta el punto de
haber mujeres que parecen caer en una cri-
sis, dolorosa en cada aparición de las
reglas. Se han observado también
los cálculos hepáticos con frecuencia duran-
te el embarazo y más tarde después del
parto. Eyr (1) ha publicado una estadis-
tica de 51 casos en los que el cálculo hepá-
tico representó 11 veces en el embarazo y des-
pués de un aborto, 36 después de un parto
de término.

Estos casos como dice Chauffard con-
stituyen el tipo perfecto de lo que los an-
tiguos llamaban *stomatia visceral*.

(1) Eyr. Traité de la affection calculuse du foye Paris 1884

50
Como caso curioso citaré el siguiente, observado por mí el
año próximo pasado. Se trataba de una mujer de 36 años
en la que con motivo de un parto distócico (presentación
de traves) hubo que practicar la versión podálica,
quedando las vías genitales in tanto magulladas.
En los días sucesivos se le hicieron lavados
vaginales antisépticos para prevenir la infección por
dichas vías continuando la enferma en excelente
estado hasta el 5.º día después del parto, en que
por la noche se le presentó un agudísimo dolor
abdominal que la enferma refería a todo el vien-
tre: 120 pulsaciones por minuto, y 39.º 5. de
temperatura. El dolor a la presión era tal que la enferma no
sufreía ni las ropas de la cama estando todo el abdo-
men igualmente sensible a la presión.

Creo yo que asistía a la explosión de una metro-
peritonitis cuando a la mañana siguiente me
vió agradablemente sorprendido aunque todos
los síntomas que existían la noche anterior
desaparecieron. La temperatura era normal y una en-
fería repentina había sustituido al cuadro

luz de la víspera

Confieso ingenuamente que no hubiera hallado explicación satisfactoria de los fenómenos que habían tenido lugar en la enferma si no hubiera examinado una deposición que hizo a las 20 horas de desaparacer el síndrome patológico mencionado.

Lavando las heces fecales repetidas veces se encontraron 6 cálculos biliares del tamaño de huesos de cerro.

La pseudometropentoritis de la noche anterior había sido sencillamente un acceso de cólico hepático calculoso.

El acceso de cólico hepático empieza generalmente cuando el contenido gástrico llega al duodeno y determina la evacuación de la bilis esto es de dos a cuatro horas después de haber tomado.

El prurito se presenta con predilección durante las horas de la noche.

El cólico hepático aparece en ocasiones sin causa conocida, como un rayo en el cielo sereno. (Leichtenstern).

Lo primero que abre la escena es

un dolor repentino que aumenta rapi-⁵² damente de intensidad y se hace in-
tolerable; dolor atroz, lancinante, desor-
rador, urente, que se localiza general-
mente en la región de la vesícula
biliar (debajo de la octava costilla
en el borde del músculo recto del ab-
domen del lado derecho). La presión más
ligera practicada en esta región hace
exhalan a los enfermos graves gritos.

El dolor se irradia con frecuencia
al punto de su producción hacia estom-
po, ombligo derecho; al epigastrio y al dorso;
hacia arriba al hombro derecho y parte
derecha del cuello, y más rara vez al hom-
bro izquierdo y hacia derechos hacia aba-
jo se irradia al testículo y muslo derechos.

Los enfermos manifiestan claramente
el dolor y la ansiedad: la cara
y más rara vez roja, facciones contraídas,
ojos muy abiertos, brillantes, fijos, como
suspentados; la frente cubierta de un su-
dor frío y el cuerpo en las posturas más

extrañas, pero siempre procurando aquello en que las paredes del abdomen están relajadas, así frecuentemente se les encuentra con el cuerpo muy encorvado hacia adelante y las caderas en flexión sobre la pelvis. Como el dolor tiene alternativas de remisión y exacerbación, el paciente no está quieto y á cada momento cambia de postura en la cama y á veces riñe lo que puede ocurrir que se baje al suelo y se revuelque hecho un ovillo.

La intensidad del dolor y su irradiación determinan algunas veces perturbaciones sensoriales. Se observan con frecuencia reflejos de extensión y en algunos casos se presentan, delirios, alucinaciones, ataques histericos, pérdida del conocimiento etc.

Las paredes abdominales están endurecidas duras y trantes como una tabla. Con alguna frecuencia, tienen lugar escalofríos interos durante el acceso.

54

El cálculo hepático es ordinariamente
apirético, pero a veces se presenta la
elevación de temperatura que se
ve en ella (38° o 39°) pero que como ya
indicó Friedrichs puede llegar y cumpla
con el 40°.

El estado del pulso varía mucho: ca-
minamente normal es otras veces, lleno y
tardo, frecuente y pequeño, o irregular
e intermitente.

En muchos casos aparecen náuseas y
vómitos, que al principio son alimenticios,
más tarde biliosos, y por último un
caso acuoso.

De orduinos hay algo de estreñimien-
to pero también se presenta
diarrea de materias

La orina es al principio ^{serena} y serena,
y después escasa, de tinte oscuro, cargada
de mucus y pigmentos biliares, bien
que haya ictericia mientras los riñones
la tienen para eliminar los pigmentos. Se
ha encontrado también en ella amoníaco

albuminosa y peptona.

En algunos casos se presenta también ictericia que varía de intensidad por donde se la aprecia algunas veces solo en la conjuntiva, pero a veces se extiende en la piel y en la orina, y en la decoloración de las heces fecales.

La ictericia no aparece hasta de algún tiempo de duración del e' en repa'to.

El hígado está frecuentemente aumentado de volumen pudiéndose observar lo mismo en el bazo.

Los movimientos respiratorios son dolorosos y superficiales como ocurre en las afecciones dolorosas de los órganos situados en la cavidad abdominal.

La duración del acceso es por regla general de diez a catorce horas: tiene lugar una tregua y luego vuelve a reproducirse el dolor sacando en una intensidad para desaparecer después definitivamente. Suele ocurrir

o prolongue hasta algunos días. 58

Para hallar los cálculos biliares en las obstrucciones estas deben examinarse con sumatosa atención. Se debe tam-
bién las materias excrementicias con la
tante detenimiento bajo la acción de
un delgado chorro de agua. Esta ope-
ración se debe practicar varios días segui-
dos porque a veces ocurre que no se verifi-
ca la expulsión de los cálculos has-
ta porados días y aun semanas, y enun-
te comprendiéndose la falta de cálculos en
los primeros días podría inducir a
no continuar el examen.

La curación es la regla en la mayoría
de cálculos biliares. Es frecuente la re-
cidiva que debe sospecharse cuando los
cálculos expulsados son de los lla-
mados *factitious* esto supone la existencia
de otros que no han salido de la vejiga
de la biliar.

Exclusas las causas que he mencionado
constituyendo el cálculo hepático y que
antes se suponían producidos siempre

por el tránsito del cálculo desde la
 vesícula al duodeno, se ha demostrado
 hoy con ocasión del tratamiento opera-
 tivo de la litiasis biliar, que pueden
 ser producidos por otras causas. Pa-
 ra la antigua escuela, el acceso de cál-
 culo era siempre originado por el en-
 granzamiento de un cálculo: este pasaba
 primero de la vesícula al conducto cis-
 tico ocasionando dolor continuamente o
 la distensión del conducto, y no pro-
 duciendo ictericia: llegaba luego al cál-
 culo y cuando este conducto tiene mayor
 calibre que el cálculo el dolor cesaba en
 gran parte: si el cálculo obstruía
 todo el conducto se producía la icte-
 ricia esperada, y valdria a reproducir
 se el dolor durante el paso del cál-
 culo a través del esfínter esférico que
 el cual para cesar después de un malestar
 definitivo. Algunos veces después se encon-
 traba el cuerpo del cálculo en las deposiciones.

58
y la ictericia iba desapareciendo gradualmente.

En estas condiciones el acceso de ictericia hepática típico terminaba siempre por la curación.

Fue de ocurrir que después de un acceso de ictericia que se curaba para reiniciar muy pronto las crisis y citarse pero también muy frecuentemente lugar recidivas cuando ocurre uno de los enfermos no arroja durante un acceso todos los cálculos que tiene en la vejiga biliar: los que quedan en ella pueden producir de algún tiempo reproducir el ictericia cuando un nuevo proceso inflamatorio de la vesícula les impulsa a las conductos biliares.

Cuando al examinar las deposiciones los días siguientes al acceso no encuentran cálculos biliares pero bien o se trataba de expulsar este cálculo que el cálculo se estaba en el

to entre haber vuelto a caer en la
vesícula.

Hoy el conocimiento más por
de la litiasis biliar ha proporcionado
de la explicación completa de la au-
rencia de cálculos en las obstrucciones.

Los llamados cálculos hepáticos pue-
den ser determinados por diversas causas.
(Riedel)

1 Por adherencias de la vesícula
que no contiene ya cálculos: se trata
de irritaciones circunscritas del peri-
toneo.

2 Por adherencias de la vesícula en
teniendo grandes cálculos biliares y es-
tando abierto el conducto cístico.

3 Por la consecuencia de un proceso
inflamatorio de la vesiga biliar
la dropsica y contiene los cálculos es-
tando abierto o tumefacto el con-
ducto cístico.

4 Se producen por inflamación del
cálculo dilatado por un cálculo sin

que evita equivocaciones.

Se han ocasionado por el paso de cálculo a lo largo de las conductas biliaris produciéndose irritación en sus paredes (1).

Ver por la sola enumeración de las causas del acceso de colico cuando se compra o fácilmente la ocurrencia de colicitis en los depósitos en algunos casos; punto que no resuelve el cálculo producido por el paso del cálculo, mal puede este salir al exterior.

La colicitis y la calangitis o pueden ocasionar las mismas sintomatías que se han atribuido a la permanencia de cálculos en la vesícula y al encalamento de ellos en las conductas biliares. Han sido ya los tres principios según querían hoy de aceptación general.

1.º El tumor formado por la vejiga biliar caracteriza el colico hepático, depende en la mayoría de casos de la colicitis.

2.º Los dolores en el colico hepático co

61

culoso debe atribuirse muchas veces
a la calculitis calculosa.

3.ª La ictericia también es con frecuencia
producida por una calculitis que coexis-
te con la calculitis.

Al importancia tiene la calculitis
calculosa en la producción del acceso
de callos hepáticos, que Riodel ha
llegado a afirmar que todo acceso de
hígado verdaderamente calculoso
sufiere por una calculitis.

V

Fisiología patológica

Para la mas facil comprension de los sintomas de la litiasis biliar, es necesario en esta parte los efectos producidos por los calculos segun el punto en que residen.

Dividire este estudio naturalmente considerando; calculos en la vena biliar; calculos en el conducto cistico; calculos en el conducto biliar.

Calculos en la vena biliar

Son numerosos los casos en que los calculos existen durante mas o menos tiempo en la vejiga de la biliar, no producen molestia alguna. Esta afirmacion tiene perfecta explicacion si se observan las relaciones

los cálculos con la vesícula.

69

Con mucha frecuencia se encuentran los cálculos en estado de reposo. Esto se ve principalmente cuando la permeabilidad del conducto biliar es completa: efectivamente; mientras la bilis corre con libertad en la vesícula puede moverse la superficie de los cálculos haciendo de este modo muy difícil la producción de lesiones en la mucosa de la vesícula. Se ha encontrado la vesícula biliar conteniendo cálculos y bilis normal en la autopsia de individuos que han pasado toda su vida sin molestias.

Sabemos que siempre que los cálculos se encuentran en reposo en la vejiga biliar se conducen al biliar. Pero lo que no conocemos es el fundamento de por qué ellos no dan lugar a otras alteraciones.

que destruyan el tejido en que los cálcul⁶⁴
tos se encuentran durante tanto tiempo.

Frecuentemente los cálculos biliares dan
origen a un proceso inflamatorio el
cual puede ser de inten-
sidad variable.

Este puede ser de tan poca
tendencia que la mucosa de la vesiga
biliar aunque inflamada queda in-
tacta; pero la mucosa participa en
la inflamación prescindiendo en otros
adherencias con los órganos vecinos;
que representadas al principio por
pequeñas bielas van haciéndose ca-
da vez mas extensas: el

y el píloro se adhieren a la ve-
sícula. A pesar de estas altera-
ciones pueden encontrarse inte-
gras las tumefacciones y

En relación con estas co-
ndiciones las incomodidades sufridas
por el paciente. Cuando se trata

de pequeñas bichas los enfermos sien-
tan alguna vez dolores de vientre,
inapetencia, debilidad de estoma-
go etc; molestias que tambien se
presentan en los casos de vesícula
biliar con calculos, un adherencia,
cuando los enfermos verifican al-
guna transgresion del regimen.

Si las adherencias son mayores
tambien la son la incomodida-
des experimentadas por el enfer-
mo que tiene de vez en cuando
vómitos y abultamiento de vien-
tre: todo esto permanece libre el
conducto cístico y los calculos en repo-
so.

Las alteraciones producidas por
los cálculos en la vesícula son de
ocasiones mas interinas. Los calculos
situados en el fondo de la vesiga
de la biel ocasionan un inflamo-
cion de su mucosa, que por conti-

65
dard, se propaga al conducto entero
diminuyendolo y hasta produciendo obs-
trusion por completo en calibre. Esta
inflamacion no produce intubacion
al principio porque el proceso no e-
sta trasmitido a la serosa aca-
biado al engrosamiento de la mu-
cosa que cubre digamelo asi a la
serosa del recto de la vena.

Pero a poco la mucosa va perdiendo
su aspecto; se hace atenuada y
la bilita es substituida por serosidad
constituyendole la hidropesia de
la vejiga biliar.

La serosa fibrosa que al principio
no sufre alteracion va tambien trans-
formandose y se hace cada vez mas
dura y densa.

Despues de algun tiempo el proceso
inflamatorio afecta a toda la venien-
ta pues la tunica serosa tambien par-
ticipa de la inflamacion superficial
la vena infundida de variaciones

67
en su forma, dependiente del modo
de verificarse las adherencias entre la
cervix y los órganos inmediatos.

Esta inflamación de la vena labi-
lora se presenta muchas veces sin causa
causal y otras después de esfuerzos o de
inversiones femorales.

Los efectos producidos por esta in-
flamación de la vena labi-
lora son el conducto cutáneo se encuentra
mucho tumefacto o que está oculto.

Si el conducto cutáneo se presenta
mucho tumefacto, al reaccionar
la vena labi-
lora se expande espontáneamente para fa-
cilitar la expulsión de los cálculos
al exterior. Los cálculos de menor tamaño
pueden salir sin dificultad a través
del conducto cutáneo; y los
cálculos que han sido expulsados
a través del cutáneo se hacen supu-
rante y con frecuencia producen ulce-
ras.

racines en la mucosa, que al adherir
se pueden dar lugar a la oclusion del
conducto.

Cuando el conducto cístico o mucoso
sea de la inflamacion transitoria
debido la venula se encuentra obli-
terado no puede tener lugar el paso
de los calculos y la reaccion inflama-
toria de la venula no da resulta-
do como dice Kiesel. El conducto cis-
tico se desinjurja luego y se vuelve
a producir la secrecion a cada mucosa
hate inflamatoria. Ordinariamente no
se presenta ictericia porque la infla-
macion se encuentra limitada a la
venula y cístico; pero en ocasiones
esta inflamacion es transitoria
que se propaga al coledoco y con-
tes biliares del hígado; entonces
se produce la ictericia que tambien
puede tener lugar aunque se encon-
tre obliterado el conducto cístico

por la inflamación o traumática por
medio de las cicatrices. En este caso
generalmente se observa que la ictericia
es muy persistente y recidivante por
que estando inflamada la biliar
la biliar se presenta con frecuencia
nuevas inflamaciones.

Estas razones son de gran importancia
por que demuestran que en la
icticia biliar la ictericia no siempre
es determinada cuando antes se crea
la obstrucción calculosa del conducto

co. La ictericia determinada a consecuencia
de estas obstrucciones sin resul-
tado, Riedel ha dado el nombre de
ictericia inflamatoria para distinguirla
de la ictericia calculosa lito-
pnea o determinada por la oclusión
del conducto por cálculos.

Es de gran importancia clínica
el conocimiento exacto de esta infla-

70.
maciones, un resultado de la ven-
cula biliar, porque ofrecen mucha
analogía con los acúmulos típicos de
colico hepático calculoso que terminan
por la curación. Lo mismo que se
ve en estos fuertes dolores, tumefac-
ción de la vejiga de la biliar, abul-
tamiento de vientre y a las pocas horas
interior. Solo no hay en forma
clara el resultado: en el colico
hepático que termina por la salida
calculosa a través de los conductos bi-
liares, se encuentra o que algunos
días después en las deposiciones; o
en la colicitis infrahepática (Rei-
del) como el cálculo no ha salido,
naturalmente, no se le encuentra.

Como decia mas atras se atribue
ya esto a no haber buscado bien
y cree al enfermo curado. teniendo
en cuenta que el tumor formado
por la vencula biliar ha

73
poco de lo mismo que la uterina.
Es natural; como la inflamacion ha
pasado se encuentra la vesicula mas
blanda y pequena y la uterina deca-
poco pero los calculos continuan
invariablemente en el mismo sitio.

Acito propiamente dice Riedel: "el
conocimiento deficiente de esta in-
flamacion de la vesicula y en con-
secuencia errante con los ataques
de vesicis que verdaderamente exul-
san calculos son los responsables de
que la terapeutica de la esblutitis
sea siempre defectuosa."

La frecuencia con que se presentan es-
tos ataques de inflamacion, es
ble. Si no hay resolucion en la ve-
sicula pueden pasar bastantes ataq-
ues que sobrevenga otro acceso y
puede tambien no repetirse nunca.
La esblutitis acompañada de este

72
rección presenta ordinariamente el mismo curso.

Cuando tienen lugar adherencias entre la vesícula y el estómago e intestinos, el contenido de la vesícula biliar se hace con frecuencia purulento, repitiéndose a menudo al principio los ataques de colicitis, y más tarde sobreviene la infección.

La inflamación de la vesícula biliar cuando avanza produce una o más veces en la mucosa perolitos de sustancia variables en profusidad y en extensión.

Si la capa fibrosa aun no se ha ulcerado puede ceder bajo la presión de los cálculos formando a menudo cavidades o divertículos que contienen cálculos y que están en comunicación con la vesícula por o varias aberturas. Lane, ha obser-

79
vasos ectos divertículos penetran
do en la sustancia del hígado for-
mando grandes depósitos de calcu-
los.

Las adherencias existentes ya entre
vejigula y los órganos circunstantes,
aumentan cuando sobreviene la ul-
ceración de la mucosa, y pueden
supurar sin que el pus haya sali-
do directamente de la vejigula pue-
sto que ya existe la supuración en la
mucosa biliar.

La supuración de la vejigula biliar
es en otras ocasiones secundaria y en-
tonces es comprensible perfectamente; cuando la
vejigula biliar inflamada esta
relacionada con el intestino por medio
de las adherencias que se han esta-
blecido, la materia infecciosa puede
realizar su paso del intestino con-
tinuando a la vejigula y tras de
esas mismas adherencias, sin re-

74
censidad de que exista perforación
alguna en dichos órganos. De esta
suera se verifica la infección secun-
daria de la vena biliar por in-
fección procedente del intestino.

Este proceso de destrucción avanza
progresivamente preparando poco
a poco el paso de los cálculos a los
tejidos inmediatos. La ulceración
que afectaba solamente a la mu-
cosa se extiende a la fibrosa, y
de esta a la serosa produciendo
la perforación de sustancia en todo
el espesor de la vena. Por la
reducción de la continuidad pasan
los cálculos a los pseudomembra-
nos y desde estos a los órganos in-
mediatos.

Además las enumeradas men-
cionadas tienen lugar cuando
como he dicho los cálculos de la veni

cula biliar no pueden parar al
conducto cístico por impedirle la
tumefacción de la vena biliar.

Calculos en el conducto cístico.

Cuando la tumefacción de la
vena de la vesícula propaga al
conducto cístico es frecuente, el pri-
mer hecho que se produce es el paso
de los cálculos por lo menos de los
más pequeños, de la vesícula biliar
al cístico. Aquí se detienen nueva-
mente en los repliegues de Heister
y pueden ocurrir dos cosas: que la
inflamación de la vesícula empuje
a hacerlos avanzar, o que los cál-
culos queden clavados. En el pri-
mer caso el conducto cístico se de-
ja distender y el cálculo para al
calculus pero si es voluminoso en
relación al calibre del cístico pro-
duce a su paso ulceraciones

determinar la obliteración del conducto inmediatamente después del fin del cálculo.

En el segundo caso el cálculo es de variable en el cistio y un poco o aumenta de volumen ocasionando las tristes consecuencias que siguen a la obstrucción permanente del conducto cistio.

En la obstrucción calculosa tanto persistente como transitoria el cistio se desarrolla y las urinas al tenerlas que bajar efectuándose en el momento en que el cálculo en la uretera la inflamación directa oblitera la entrada del cistio. El resultado ha de ser igual puesto que la causa obra del mismo modo; y los mismos efectos se han de dar estando obstruido el cistio por coágulos que siendo esta obstrucción obvia por la

77
de sus paredes; puesto que tanto en
un caso como en otro obra igual: en
comunicando la vena biliar con
el resto del organismo.

Lo que es posible variar es la dura-
ción de la obliteración porque ocu-
rre ordinariamente cuando es tuberculosa
o un proceso inflamatorio simple-
mente, desaparece mas pronto por-
que se desmenuza con facilidad, y
mientras que esto es mas difícil
de calculos voluminosos y de la cau-
sa de la oclusión.

Siempre que los calculos penetran
en el conducto citico se
produce hidropesia de la veni-
biliar; y la oclusión del mismo
ocasiona siempre las mismas
afecciones; inflamaciones de la vejiga
de la bil que se refiere al excremento
si cuando y que han recibido la
denominación de culis hepaticus.

Si los cálculos han sido expulsados ⁷⁸
de la vesícula y conducto cístico sin
causar graves lesiones a su paso, de
rapazuela la inflamación en que se
encontraba la vesícula y la biliar
para de nuevo a ella pero esta re-
encuentra entonces

de ser su volumen como el de un
oleo pequeño. Lo mismo puede
ocurrir también en la vesícula
biliar con cálculos cuando no exis-
ten adherencias.

Con frecuencia la frecuencia de
tener los cálculos en el conducto
cístico produce al paciente tener
atacados y distendidos tanto el
cístico como la vesícula, que
estas conclusiones contienen veraci-
dad e incluso en pequeña cantidad.
De la misma manera se conduce
la vesícula biliar cuando después

79

del paro de los calculos sobreviene
la obliteracion del conducto cistico.

Las repetidas inflamaciones de
vesicula de tal modo
su estructura que la convierte en
una masa de tejido cicatricial,
retruida al rededor de los calculos
que quedan.

Cuando los calculos se paran
al conducto coledoco, el cistico pue-
de adherirse a los organos vecinos
(principalmente al duodeno) y abrir
se en ellos llegando los calculos
ulceracion al intestino; pero este pro-
cedo es menos comun que en la vesi-
cula biliar y conducto coledoco.

Segun Riodel la fuerza que en
todo caso, impulsa a los calculos es-
ta producida por la inflamacion
o unas repetida de la vesicula
Esas fuerzas que determinan las expulsiones

80

de los calculos no se desarrollan mien-
tras el conducto entero permanece
to, y se hallan representados por la
presión del exudado inflamatorio
que aumenta rápidamente. Se-
gunda Riodel para admitir esto es
que las escasas fibras musculares
de la mucosa biliar que bastan
para expulsar la bilis
no tienen por sí sola fuerza impul-
siva y a veces no se mueven mien-
tras encuentra libre el paso.

Calculos en el conductocoledoco.
Cuando el calculo penetra en el
coledoco este se encuentra espasmodica-
mente sobre él pero la inflamación
sigue impulsando hacia adelante
y si las paredes del coledoco no
ceden el calculo sigue su camino.
Se ha observado que calculos

de 6 a 8 milímetros pueden pasar por la pupila sin dejar alteración en esta ni en el colodco.

Los cálculos voluminosos dilatando el conducto colodco rápidamente en pocos minutos puede llegar al tamaño de un dedo pulgar y si la estancación se prolonga puede llegar a adquirir el tamaño de un puño y formar un tumor voluminoso hacia el riñon derecho. Hay gran diferencia entre la obstrucción calculosa del colodco y la del cistio pues en esta se afecta principalmente la vena al paso que en la oclusion del colodco padece el lugar de totalidad.

En la obstrucción del cistio la bilis para el intestino sigue en la

82

los conductos hepáticos y culestacos y
por esta razón generalmente el boga
do no se afecta siendo el prode
to limitado al conducto entero y a
la vena y por decirlo así local.
Pero cuando el cálculo se encuentra
en el culestaco las cosas varían por
que el prodecimiento se convierte
general a consecuencia de no pro
derse verter la bilis en el intestino.
En estas circunstancias el hígado
se engraxita pronto y coheriere
la ventera. Muchos fenómenos de
raparecen cuando ceden las pari
des del culestaco y la bilis puede
parar entre ellas y el cálculo.

Si son varios los cálculos del
culestaco puede ocurrir que a
de estar obstruido el conducto flu
ya la bilis por el intersticio de los cal

culos. El conducto culebrero puede quedar repleto de cálculos u' con uno de gran tamaño y a pesar de esto no previene la
del) que puede tener lugar para de algún tiempo efecto de que el cálculo ha aumentado de volumen o de que se ha desarrollado un proceso inflamatorio que se propaga a los conductos biliares del hígado produciendo tumefacción de este órgano u' exterior.

Estos procesos inflamatorios del culebro no son de tanta duración ni tan repetidos como los de la vesícula biliar, pues en un ventrículo o en otro se ha de resolver pronto cuando el cálculo impide atravesar la papila, porque tiene un asiento en un punto mas importante que la vesícula biliar.

84

En la occlusion calculosa del conducto aumentan las rentenias en las puntas y retacidos obstruccion del obitaculo: las conductas hepaticas y biliares del hígado se dilatan y se repleen mas calculos de la vejiga de la cual pueden penetrar en el conducto hepatico, y hasta en las intrahepaticas cuando en este caso con crecimientos pequeños por la general aunque tambien se encuentran como anellados y Ricord cita un caso en que existian en el hígado un calculo del tamaño de una uva.

Las inflamaciones repetidas del conducto ocasionan las mismas que las del conducto entero y venicula una destruccion en las paredes que da lugar a la calculosa calculo y penetracion de este en las anastomosis inmediatas con las que se encuentran adherencias. Los calculos del conducto generalmente penetran en el obitaculo a travs de los papeles intermediarios. Pero esta inflamacion es ordinariamente difusa, extendiéndose a las conductas intrahepaticas y da lugar

a' la formacion de abscesos en la mis-⁸⁵
ma sustancia del higado. Se abra
rolla con facilidad con trombofle-
bitis de la porta que puede curar
al enfermo rapidamente.

Complicaciones

Las complicaciones de la litiasis biliar son numerosas y son relativamente frecuentes.

El conocimiento de este hecho ha sido el origen del cambio que de poco tiempo a esta parte ha sufrido el concepto de la colicita.

No es esta afección aquella que siempre se caracterizaba por el paso de unas o menos dificultades de uno a varios colicos o traves de los conductos biliares para después recorrer el tubo intestinal terminando con la salida de los colicitos el proceso morboso. Con relativa frecuencia las cosas ocurren de bien otra manera y en cualquier momento de la emigración del cálculo pueden desarrollarse complicaciones que ponen en grave riesgo la vida del enfermo.

84
Son frecuentes son estas complicaciones
que ya he dicho anteriormente como Ric-
bold afirma que hasta el acceso de co-
lico hepático calculoso, o del que
con la salida de los cálculos por el
ano, en suero siempre por una cole-
cutitis. No concibe la expulsión del
cálculo de la vesícula biliar sin la
existencia previa de coleducitis que por
sucesivas exacerbaciones determina con-
tracciones espasmodicas de la vesícula.
Los raras y la clínica se colocan de frente
de esta afirmación. La raras compren-
de fácilmente que la fuerza de i-
rrigación de la bilis es bastante para
seguir la salida de los cálculos de
la vesícula; además tampoco se podría
explicar satisfactoriamente la existen-
cia de cálculos de gran tamaño que de la
vesícula hubieran pasado al
intestino; porque si a pesar de la
biliar permanecieran en reposo cuando
eran de muy pequeño volumen nunca
podrían alterarse en re-poso con mal

fuera habiéndolo aumentado la sensibilidad con el mayor peso y tamaño del emb.

Es preciso que exista algo que destruya la normalidad de la impulsión traudala notablemente. Este algo es la inflamación de la vena biliar que la hace reaccionar fuertemente contra el obstáculo que mantiene a la vena inflamada en constante irritación.

De otra parte las numerosas operaciones llevadas a cabo en estos últimos años ha servido en apoyo de esta opinión del sentido hoy por la mayoría de los médicos que a estos estudios se dedican.

Nos puz lo intimamente ligadas que están algunas complicaciones que se considera como evolución normal de la calculosis.

A menudo como mas arriba he indicado de la calculosis calculosa que produce la primitiva, la que engendra otras complicaciones en el cuadro clínico del cálculo biliar.

89

tus. Ahora bien: ¿la caudalera
es como complicación, o como acciden-
te necesario para la evolución del proce-
so? Si la caudalera es como compli-
cación siempre principian los fenome-
nos semejantes de la eublitiaxis, por
lo decir: tenemos una enfermedad que
en su evolución normal empieza por
ser complicada. Si no la llamamos
complicación considerándola simple-
mente como el principio del accion mis-
mo, preciso es empezar que con suma
facilidad puede dar lugar a compli-
caciones peligrosísimas. Que la eubli-
tis primitiva aumente de virulencia,
que cambie de carácter, y tenemos en-
tonces la inflamación supurada de
la vena biliar con sus funestas
consecuencias. La diferencia es
distancia un paso.

Otro hecho que demuestra la irrepara-
ble que son las complicaciones de la eubli-
tis, es la enfermedad misma: todas

Los otros nemus individuos que se que-
 jan de ligeros dolores en el abdomen, de
 dolor de estomago, inapetencia etc, y que
 por haber tenido uno o mas accesos de
 colico hepatico o colico, o de agutia
 mas, enfermos de litonij bilis, y espe-
 cialmente, lo son. Los ligeros sintomas
 que presentan, pueden considerarse como
 la mas pequena expresion de la existen-
 cia de la enfermedad; y sin embargo
 ¿quiere ha observado al tratar, se
 hacer desaparecer esas molestias por me-
 dio del tratamiento operatorio? que
 las incanvidades que por su poca inten-
 sidad parecen indicar la insignifi-
 cancia de la afeccion, no son debidas a
 la enfermedad misma sino a compli-
 caciones de ella. Los adherencias existen-
 tes entre la vejiga o conductos biliares,
 con los organos inmediatos han sido
 la causa de los sintomas que hasta
 ahora se consideraban como los mas
 debidos a la sola presencia de calculi.

tas en la venicula,

Demuestran las anteriores consideraciones que el estudio de las complicaciones de la culelitomía tiene mucha importancia, no solo por la gravedad que imprimen al proceso morboso sino tambien por su frecuencia.

Atendiendo en cuenta el modo de produccion de dichas complicaciones, se pueden clasificar en varios grupos:

Complicaciones mecánicas. Son las producidas por la emigración del cálculo a loz conductos rectos, y su paso a través de ellos.

Obstrucción total y permanente del conducto coledoco. Son consecuencia de ella la atrofia de la vesícula biliar, la estenosis crónica, la dilatación de los conductos biliares, la coledocitis intrahepática, la cirrosis hepática por estasis biliar, y la rotura del coledoco.

Atrofia de la vesícula biliar. Cuando el conducto coledoco se encuentra obstruido a consecuencia de un cálculo enclavado en dicho canal, la vesícula biliar se halla atrofiada, dura, e imposible de percibir a través de las paredes abdominales. Esta modificación de la vesícula no debe ser producida simplemente por la oclusión del coledoco, si no que debe ser el resultado de una infección de las vías biliares, que provoca una inflamación en la que termina por atrofiarse y densificarse. Tiene importancia el estado de dilatación o retracción

94.
ción de la vena, en la obstrucción del co-
ledoco, porque indica la naturaleza de la
obstrucción. Courvoisier y Terrier han enunciado
una ley que asienta actualmente, como ge-
neral, todos los autores: "cuando la oblitera-
ción del coledoco ha sido ocasionada por
un neoplasma, la vena biliar está di-
latada; cuando la obstrucción es debida
a un cálculo, la vena se encuentra retri-
da."

Ictericia crónica por cálculos biliares
Esta complicación se produce siempre que la
obstrucción del coledoco es duradera; pero no es
preciso que la obstrucción produzca el cálculo
situado en el mismo conducto, sino que
también puede tener lugar cuando los cál-
culos colocados en la vena biliar o en
el conducto cístico, comprimen el coledoco
verificándose de este modo la obliteración.
También puede producirse cuando la infla-
mación de la vejiga biliar se propaga
intermedio del conducto cístico al
en todo caso produce una obstrucción en
yo resultado es la ictericia, pero esta es mas
persistente cuando los cálculos minores

95

el oviducto. Los fenómenos observados en las enfermas son, en cuanto originados por la colemia, idénticos a las que tienen lugar en la estenosis catanal, habiendo que agregar las producidas por el estorbo de los vicos biliares.

Estas enfermas se demuestran con rapidez y presentan muy a menudo, paroxismos de dolor y de fiebre, con escalofríos.

El dolor muchas veces es mecánico y a veces inflamatorio.

Dilatación de los conductos biliares. Esto se comprende perfectamente, como los conductos biliares intrahepáticos están situados detrás del obstáculo, la bilis, que no puede salir se va acumulando en ellos y de este modo mecánicamente produce su distensión, siendo este el primer paso de otras alteraciones más importantes.

Coliclitiasis intra hepática. Calvesi es una enfermedad entre las complicaciones mecánicas originadas por obstrucción del coledoco, porque casi siempre que se forman cálculos biliares intrahepáticos es de una manera

vera causativa, y debido al estasis biliar⁹⁵
causado por la obstrucción de dicho con-
ducto. Se ha dicho anteriormente que se han vi-
sto casos en que el hígado estaba todo el
ocupado por innumerables y finas con-
creciones (Chopart), y algunas veces han
encontrado calculos aislados, del tamaño
de una uva y aun mayores.

Cirrosis hepática por estasis biliar. Cuan-
do la estancación biliar producida por
los calculos persiste largo tiempo, puede tener
lugar una proliferación del tejido con-
juntivo hepático; una hepatitis intersticial.
La bilis detenida en los conductos intrahe-
páticos, les distiende, da lugar a la for-
mación de concreciones, y produce una
irritación, causa de la proliferación
del tejido conjuntivo.

La genesis de este proceso es como se
ve puramente mecánica, y la infección
biliar no juega papel alguno. El hígado
se encuentra aumentado de volumen du-
rante largo tiempo y después se retrae, apor-
teciéndose granulada, duro, y de color pardusco.

El haredato bastante tumefacto.

Esta cirrosis presenta gran analogia con la descrita por Hanot y los escritores franceses con el nombre de cirrosis hipertrofica con estenosis cronica. Se diferencia de ella por la dilatacion de los conductos biliares intra y extrahepaticos, y por ser producida por el estasis biliar calculoso.

Las modificaciones sufridas por el higado se desaparecen y este se vuelve al estado normal aunque se practique la extirpacion de los calculos. Si la cirrosis no ha hecho grandes progresos, puede, una vez eliminados los calculos permanecer estacionaria haciendose compatible con la vida del enfermo, pero si se encuentra bastante avanzada las cosas ocurren de otra manera; la estenosis se exagera de cuando en cuando y la orina contiene siempre materia calcificante de la bilis. Durante el curso de la cirrosis puede tener lugar cuando se

98
prolonga mucho tiempo, la infección
biliar con formación de abscesos en
el hígado.

Rotura del coledoco. Se refiere aquí
a la rotura producida mecánicamente
por el cálculo sin alteración previa de
las paredes del conducto. Tiene lugar
rara vez, porque un cálculo que ha pa-
sado el conducto cístico, difícilmente
podrá romper las paredes hasta en-
tonces sanas, del coledoco. Estas roturas
se producen generalmente cerca de la
ampolla de Vater. Las consecuencias
son variables según el punto en que se
realice, pero siempre graves.

Obstrucción litogena total y permanente
del conducto cístico. Si bien es verdad que
las complicaciones que sobrevienen cuan-
do el conducto coledoco está obstruido,
son muy numerosas y muy graves por
que como decimos más arriba, a parte

99

se convierte obstruccion en general, en cambio la obliteracion del cistico es mas frecuente, cosa que se explica perfectamente teniendo en cuenta la situacion y el menor diametro de este conducto.

Las complicaciones mecanicas que se presentan cuando sobreviene la obliteracion del cistico, son: hidropesia de la vesicula biliar, y mas rara vez, la rotura violenta del cistico.

Hidropesia de la vesicula biliar.
Cuando la obliteracion del conducto cistico es completa, la bilis no puede elevarse en la vesicula, y se vierte directamente en el coledoco. En cambio la mucosa vesicular se repleta, y como los productos de secrecion no pueden salir al exterior, se van acumulando en la vesiga biliar cuyos paredes se van distendiendo y adelgazando progresivamente, hasta el punto de la supresion del musculo; / la vesicula biliar llega a contener

100

contenidos enormes de líquidos como
en el caso mencionado por Ferner, en
que una vesícula contenía 24 litros
de líquidos mercales con bilis y lici-
rante infectado. En la hidropneumia
aguda de la vesícula biliar se en-
trañan en fuego microorganismos. Los
esfuerzos realizados por Teubacher
para descubrir microbios en el líquido
de hidropneumia de la vesícula, resultan abor-
tados, han resultado infructuosos. Sin
embargo, la hidropneumia de la vesícula
biliar, bajo la influencia de ulcera-
ciones o de adherencias con los orga-
nos inmediatos, puede convertirse en
un empuema de la vesícula, que con-
tiene entonces microorganismos.

El signo principal de las que se
velan la afección, es el tumor, que
ocupa el asiento de la vesícula y
que puede presentar diversos volu-
menes, y afectar variadas formas.

Rotura del cístico Es un hecho raro rotura violenta del cístico sin lesión anterior de sus paredes. Las consecuencias muy graves, debidos por una parte al transudato ocasionado por el cálculo, y por otro al derrame de lúbrico en los tejidos inmediatos.

Complicaciones inflamatorias. En este grupo se comprenden las flegmas inflamatorias de la vejícula y conductos secretorios de la bula; desarrollados bajo la influencia de la urina urtica urtica procedente del intestino. La demostración mas completa del origen bacteriano de las multiples complicaciones inflamatorias, de la uretritis, es en su justa medida, debida principalmente a las investigaciones de, Netter, Martho, Fournier, Gilbert, Chauffard, Bouchard, Girard, y Maunyn.

La gonorrea de la uretritis y calazitis, así se comprende claramente teniendo en

cuenta como relacionan las vías biliar^{es} con el intestino, y como las bacterias que en el intestino pueden ascender hasta la misma vena porta, pueden al estancamiento biliar producirlo por los cultivos.

Una vez que ha tenido lugar la infección, desarrollan colelititis, y colangitis calculosas, que pueden presentar diferente intensidad, y forma, y que dan lugar a complicaciones diversas, y producidas a mayor o menor distancia.

Ahora voy a estudiar detalladamente las infecciones biliares: me remito a ellas. Voy a ocuparme de ellas muy ligeramente solo desde el punto de vista de sus relaciones con complicaciones, con los litiasis biliares.

La angiocolelititis calculosa infecciosa presenta variedades referentes a su origen, intensidad, forma, etc. Una vez predominan los fenómenos locales sobre los generales están a veces en el orden

109
en la vena y en conductos excretorios
biliosos, graves leiones de tejido que pue-
den llegar hasta la perforacion, sin ha-
berse desarrollado febre ni sintomas alguno
Otros, vez por el contrario existe febre
y de larga duracion, sin que haya in-
flamacion y menos leiones profundos
en el tejido de las vias biliares. Fue-
re de explicarse esta variedad de conduc-
ta teniendo en cuenta las diversas cla-
ses de microorganismos que producen fe-
cunidades diferentes.

Por su marcha, puede ser la angio-
leucitis, aguda, subaguda y cronica.
Por su forma, adhesiva y purulenta. Por
su localizacion puede ser, simplemente co-
lecistitis y angitis, pericolecistitis y pe-
riculangeitis cuando la inflamacion
comienza en la vena biliar y en
conductos, y para colecistitis y para cul-
gitis cuando la infeccion se aleja algo
de ellos.

En relacion con cada una de estas varie-

dades se presentan los síntomas de la
colicistitis y colangitis.

En general algunos síntomas bastan
para caracterizar a la angiocolicistitis
infecciosa calculosa. Por estas, en pri-
mer lugar la fiebre: no hay fiebre sin
infección biliar. Esta fiebre es variable
en sus caracteres: puede observarse la fie-
bre intermitente tertiana, y en una
frecuencia bajo la forma intermiten-
te irregular, de curso completamente re-
nente a los intermitentes palúdicos,
y por eso Charcot la denominó fiebre
intermitente sintomática, pero tenien-
do en cuenta sus caracteres clínicos y pa-
tagénia se mas propio el nombre de
fiebre intermitente bilio-reptica pro-
puesto por Chauffard. Otras veces
tiene lugar la fiebre remitebte bilio-
reptica, y en ocasiones se observa la
fiebre hepatalgia de Charcot que es
aquella que aparece durante el curso de
una crisis de colitis hepática; que en

pende al decir de los autores ⁰⁵ Frain
esey, de la infección.

Un síntoma de gran importancia
de la angia subcutánea es un edema intenso
mayormente localizado a la región de la
península biliar.

Decimos que la fiebre y el edema al
nivel de la península, son los fenómenos que
mayormente caracterizan a la angia
subcutánea. Sin embargo hay que tener
en cuenta que la falta de fiebre y de
edema no excluyen la infección biliar con
edema ni las lesiones graves o crónicas
por ella.

Se observa también a menudo como síntomas
de dicha afección, sensibilidad de la región
hepática y tumefacción en grado variable, del
hígado.

Las consecuencias de la subcutánea y
gita litogénica son dependientes, unas de
la intensidad del proceso local, otras de
la situación de éste, y otras, de la con-
versión en general de la infección primitiva

mente local.

106

Cuando el proceso local avanza se ulceración, variably en extensión y que pueden llegar hasta la pleura de las viandas.

cu

Si la inflamación limitada se complica por a la misma, se ha extendido hasta la serosa, pueden ocurrir dos casos de pendientes de la naturaleza de la enfermedad: cuando la angioecolitis es de forma adheriva, se producen adherencias por medio de bridas con los órganos vecinos; si es de forma purulenta, tiene lugar en la totalidad inmediata inflamaciones del mismo género; así es cuando se originan entre otras complicaciones, la thromboflebitis de la porta, la infiltración purulenta del peritoneo y peritonitis causada, y las acúes hepáticas (granules d'acúes, pericarditis o metastáticas).

Como consecuencia de estas complicaciones inflamatorias es también la infección general: la sepsis general con sus diversas manifestaciones locales, tales como abscesos, septica, o pleuritis purulenta.

27

o serofibrinosa, infarto esplénico, peritonitis, encefalitis, abscesos metastásicos del pulmón, meningitis, sinovitis etc.

También incluye entre las complicaciones inflamatorias, otras que son más pendientes de la infección biliar, y que se observan pocas veces; me refiero a la apendicitis, tiflitis, perit. y para tiflitis, pueden tener lugar cuando un cálculo de pequeño tamaño penetra en el apéndice cecal.

Complicaciones mecánicas inflamatorias. Después de mencionar las producidas solamente por causas mecánicas, y las inflamatorias, mencionas por infección biliar, corresponde ahora tratar de las complicaciones en que interviene, un proceso inflamatorio, que produce la destrucción de los tejidos, y un acto mecánico caracterizado por la enquistación anormal del cálculo en el sentido de la menor resistencia.

La genesis de estas complicaciones se com-

produce fácilmente; al reabsorber del cal-
culo se produce una supuración, crecen
estas generalmente, y se forman un absceso
de mayor o menor extensión que se abre en
una vena inmediata o en la piel.

Es preciso ligar antes la vena del puz
que se ha formado de los cálculos, y de
este modo se produce la terminación natural
de la enfermedad, que cura, o deja como
consecuencia una fistula biliar.

Las fistulas biliares son variables,
por su dirección, forma, trayecto longitud
etc.

Pueden ser oblicuas, su trayecto intermune
entre la vena biliar y la cavidad intes-
tinal, o pueden presentar su trayecto
o menor largo entre una y otra cavidad.

Las paredes segregan ordinariamente al-
guna cantidad de pus que al mezclarse
con la bilis culta en muchos casos
la presencia de esta, y muy rara vez
ligar la vena al bazo en estado de puros.

La cantidad de bilis que sale por dichas fistulas es generalmente escasa, efecto de la irregular y tortuosa que suele ser el trayecto en estas fistulas con respecto a flegmones. Solo cuando la bilis en gran cantidad cuando se encuentra obstruida la vía biliar inferior.

Estas fistulas establecen comunicaciones entre la vena porta y grandes conductos biliares, con órganos mas o menos distantes. Las mas frecuentes son las fistulas celiaco duodenales⁽¹⁾; tambien se observan fistulas celiaco estomacales, celiaco yeyunales, o celiaco ileales. En otras ocasiones se abren en el intestino, o en las paredes abdominales por el nacimiento de una fistula externa.

Se ven mucho menos frecuentes los casos en que la perforacion se extiende desde los conductos biliares intrahepaticos a traves del diafragma hasta los pulmones y querran bronquios⁽²⁾ y tan raras o mas que las en que la perforacion se abre en la vena porta, como ocurrió a San Ignacio de Loyola; en

(1) En un caso de comunicacion con el duodeno, Lape ha obtenido vomitos de color bilioso.

(2) Giarschfeld ha descrito una obstruccion de este genero

110

la vena mesenterica, en la pelvis del riñon,
en la vejiga urinaria, en la vagina y
en el útero. No es raro que a consecuencia de
esta emigracion anormal de los calculos se
produzca una perforacion del perito-
neo y peritonitis consecutiva, cifra a
circunscrita el accidente mas comun de
estas emigraciones es el flegmon biliar.
A consecuencia tambien de la emigracion
anormal de los calculos puede originarse,
la oclusion intestinal. Siguiendo el
trayecto normal no es posible que un cal-
culo que mas o menos dificilmente haya
atravesado los conductos cisticos y colecis-
tos, sea de tamaño suficiente para pro-
ducir la oclusion del intestino, mucho mas
ancho que los respectivos conductos. De mo-
do que cuando la oclusion se verifica es
porque existe una fistula a traves de la
cual, el calculo, demandado voluminoso
para seguir el camino ordinario, ha caido
en el intestino.

(1) Guterbus ha practicado la litotripsia en la vejiga
urinary que contenia un calculo biliar. Gallatin obtuvo la
salida por la orina de 200 calculos en 8 dias a una mujer de 37
años. La comunicacion con la vejiga establecida por el uraco que pumase al exterior

Para explicar el mecanismo de esa emigra-
ción de la palabra al que fue, insignes Dr. Fe-
derico Rubio:

« La salida de los cálculos biliares por el ano es un
hecho relativamente frecuente; una vez precedi-
do de colitis hepática, otras no, si bien las menos.
La magnitud de los mismos, el diámetro de los con-
ductos, en otro de de irritabilidad o de atonia, es-
plicas bien juntamente con otras circunstancias
sus diferencias. Pero viene alguna obser-
vación y ciertas dudas a cerca de como pasan
y proceden para los cálculos voluminosos, de
los conductos biliares al intestino. Suponer
que el intestino hepático y aun el cecum
puedan adquirir tal grado de dilatación que
permita por la luz de su calibre dar tránsito
a un cálculo de volumen tal que luego, pa-
so del intestino lo obstruya y de luego o
muerte por retención fecal, no me parece lógico
ni probable. De algun otro modo, pues, debe emi-
grar al intestino los grandes cálculos biliares, y pa-
ra un este punto difícil de resolver en virtud de la
observación directa, puede sin embargo, recibir
explicación satisfactoria en virtud de la obser-
vación indirecta.

La emigración de los cálculos grandes desde los vías
bilias al intestino, es un proceso de marcha
que realmente no podemos ver. Pero en cambio si
nos y podemos observar un momento y otro
momento y otros si no en un solo individuo, se

o en muchos individuos.

112

Por otra parte pueden contribuir á aclarar misterios, los hechos congeneres de emigración fisiológica y patológica, referentes á todo cuerpo extraño; pues es alguna verdad hoy firmada en biología, es la del principio de ecamnesia y univocidad en las bridas. Es distinta que parecerá la fecundación de la flor de un jaramin y la de una mujer por un hombre, igual se fecunda la flor que la mujer.

Los exesprosextraños, o sea detritum en un mar chagire quedan sujetos en un punto, ó emigran en el sentido de la menor resistencia, y en el sentido opuesto á la mayor guerra. En esta emigración tienen que vencer las o menos abstracciones, las venas, separando las si pueden, y si no se destruyéndolas.

Esta noción ha de ser varia, necesariamente, aun que el proceso responde á un principio de unidad. Primer caso. Depósito pario de cabiterina, acidos, y otros, en la región de la piel, sin intervenir el curso de la vida. Al estado que se les inadvertido, sin determinar reacción en

Segundo caso. Depósito y entratificación merica de capas de enterina en la región de la piel, sin afectar el curso del exudado. Fiebre enquistada en el sistema fisiológico, ya definitivo, ya temporal.

Tercer caso. Reacción fisiológica de los tejidos por ambiente, proporcional á las texturas, vascularidad, grosores, resistencia, elementos histológicos etc. En el caso del cálculo en el sentido de la mano y contraindicación de la mano vis á tergo.

por conducto, ó propagando artificialmente, por
atropía ó necrosis histológica.

Esto es precisamente lo que pasa, ya con
los cálculos de la vejiga biliar, ya con los del
conducto colédoco, cuando se pueden enen-
lar por sus tubos naturales, ó acusan al
intestino muy inmediato, traspassan sin
dejarlas las membranas de una y otra parte,
y una vez traspassadas, se cierran estas por in-
flamación. Lo de tal modo viene la reproducción
hipertrófica, en pos de la necrosis atrófica, como
que la una depende de la otra, ó lo que es
lo mismo, tanto se atrofia una pared de la ve-
jiga y de la superficie del intestino en quien
está en contacto, como se hipertrofia la
pared opuesta que oprime y empuja el cal-
culo hacia adelante. Por lo cual el primer
hecho se reduce á abrir y unir los dos tan-
tos de contacto en uno, el segundo, á adelantarlos
abriendo y llevar el cálculo á la cavidad del inte-
stino; y el tercero á tapar la abertura con la pa-
red posterior de la vejiga ó colédoco, simulando
de puerta á la ventosa.

Hay pues un hecho de degeneración por elelan-
te del cuerpo extraño, á rea de la vis á tergo;
y hay un acto de creación ó reproducción por ele-
tró del cuerpo mismo.

Aquí es ó debe ser el proceso por el que los grandes
cálculos biliares pasan al intestino, siempre que en
cubren una infección que trastorne el proceso

y lo haga terminar por cuenta propia. 7 (11)

Entre las complicaciones mecánicas inflamatorias debemos mencionar tambien las hemorragias de coarctación que se producen algunas veces al atravesar los cálculos las paredes de los conductos biliares. (12)

Complicaciones de origen reflejo. Se presentan aunque no frecuentemente como complicaciones de la litiasis biliar, ciertos irradiamientos vitales que producen trastornos transitorios una vez y definitivos otros.

Durante el acceso de colico hepatico se ha notado alguna vez la obstrucción gástrica manifiesta que puede llegar a ser definitiva.

Esas frecuentes con los accidentes cardiacos pulmonares tan variables en grado en intensidad, descritos por Fatain en 1878 y 1879.

Cuando se encuentran reducidos al mismo nivel solo caen en alteraciones funcionales.

(11) En el tratado de Cirujia clinica y Operativa, bajo la direccion de Le Dentu Debet, y anotado por F. Ambro. págs 290 y sigtes. tomo II.

(12) Chauri ha descrito un caso en que tuvo lugar la muerte por hemorragia a causa de que un cálculo al abrir el paso hacia el intestino, perforo un vaso de la mucosa biliar, tado aneurismáticamente. Ordi ha observado abundantes hemorragias producidas por de los vias biliares en su paso hacia los intestinos

5
les del corazón; pero cuando aumentan
de intensidad se ha observado la di-
latación del corazón derecho, cansa-
do de galope, hipertrofia ven
y en los tiempos. Por parte del pulmón
se observa tos seca, por acceso de congestión
esta, sin fenómenos de auscultación: y
la tos repetida de los antiguos autores.
También se presenta congestión, señalada
ya por Fabe de Manella y por Gien
de Mury, que se complia con fiebre, tos,
expectoración gaseosa, y ententes suben-
titantes.

Los accidentes corolarios pulmonares se pre-
sentan con mayor frecuencia en los
neuropáticos y en las mujeres.

La dilatación del corazón derecho tiene
orígenes a un exceso de presión en la
arteria pulmonar; aumento de presión
ocasionado por disminución del cali-
bre de las arteriolas del pulmón, por re-
flejo conducido al bulbo y llevado a
adelante por los filotes del gran simpático.

La fisiología experimental nos ha enseñado

la clave de estas cardiopatías de origen secundario. Krling y Haeel han demostrado que las excitaciones localizadas en las vías biliares y particularmente en la vena porta producen la constricción de las arteriolas y capilares del pulmón, verificándose de esta forma un aumento de presión en la arteria pulmonar. Mas modernamente Simanovsky ha reproducido también experimentalmente estas cardiopatías de origen hepático, demostrando que las excitaciones frecuentes de la vena porta producen la degeneración y dilatación de miocardio visto en los animales mejor nutridos. Estas excitaciones procedentes de la vena porta transmiten al aparato cardíaco pulmonar, los filotes del gran simpático por vía de los plexos de la médula cervical y ganglios torácicos superiores. German S. admite que estas cardiopatías de origen secundario son debidas a transformaciones reflejas de la circulación pulmonar. Steffel y Larain⁽¹⁾ creen mas fácil de explicar la dilatación cardíaca por la deficiencia de la

⁽¹⁾ Tratado de Medicina clínica y terapéutica bajo la dirección de Berheim y Larain tomo 5º

circulación de la vena porta.

El primum en estas complicaciones cardíacas pulmonares solo es grave cuando la causa que las origina obra durante mucho tiempo, cuando sucede cuando un caluroso ataca en el conducto ex. biliar.

Entre las complicaciones de origen reflejo se encuentran otras que son puramente nerviosas, pudiendo ocasionar la muerte repida en algunos casos. En estas casos la autopsia no revela la causa de esta terminación, solo se halla, el caluroso en la vena biliar. La muerte suelta en los litios no es debida solamente a la retención de la vena biliar, ni a la peritonitis aguda, ni tampoco depende de la intensidad del dolor, puesto que la muerte sobreviene igualmente por ausencia de todo dolor. La causa es algunas veces de origen nervioso. Entre causas de inhibición nerviosa es fácil que dependan como dice Charcot una acción refleja sobre los piletos carotídeos de los

pneumogastrias, can luititus y para
liiz del coraron en diastole (1).

Cancer de las vias biliares.

es raro el cancer de las vias biliares
y muy principalmente de la vesicula
en los individuos afectos de litiasis
biliar.

Por tales la autora se ha notado
la coincidencia en muchos individuos
del cancer de la vesicula y de la calculi-
tiasis. Still se pregunta si en tales
circunstancias que existen ineludables
relaciones de causa á efecto, es el cancer
el que origina la formacion de los cal-
culos, ó es la irritacion provocada
estos la que da lugar al desarrollo del
cancer. Se encuentran divididos las
opiniones: unos como Carnil, Ramier,
Haron, Legend, y mas recientemente
J. L. Faurel, creen que el desarrollo del cancer

(1) Como caso curioso citale uno que menciona Chauffard en la Semaine
med. 1899 n.º 5: Una mujer de 47 años alcoholica tubo un fuerte colico biliar
con intereris, hemonagios abundantes por la nariz y por los organos
del, excitacion y delirio, sin fiebre. Murió repentinamente media hora des-
pues de la inyeccion de un centigramo de morfina. La autopsia revelo un cancer
que indicaba la muerte repentina.
(2) Le Dentu y Delbet loc. cit.

9
de la vesícula es el que promueve la
precipitación de los cálculos: y otros afir-
man que la existencia del cálculo precede
generalmente a la formación del cáncer. Es-
ta segunda opinión es la admitida
correctamente por la mayoría de los au-
tores que comprenden que así sea si se tie-
ne en cuenta la influencia que ejercen
los procesos inflamatorios en el desarrollo
del cáncer. La irritación crónica obren-
peña aquí lo mismo que en otras localis-
aciones neoplásicas, un papel pato-
génico de primer orden.

Se observa con mayor frecuencia en
las mujeres que en los hombres; sin
embargo según Hussen se presentaría
con una frecuencia tres veces mayor en
hombres que en mujeres; pero también aquí
la mayoría de los médicos admiten el
primer hecho. En 5 observaciones de Sti-
ller, veintitatro de mujeres, y en 29 enfer-
mos no encontró Heubner más que 4
casos. Delano Hues calcula que en el 9,6 por-
ciento de los casos, el padecimiento calculoso
precede al cáncer: solo encontró un caso

120
que que podría afirmarse que el cáncer
habría determinado la formación de
un cálculo biliar compuesto de sales
calcáreas, faltándole la coherencia. Según
Riedel el 10 por 100 de los enfermos por
cálculos biliares de un cálculo tuvieron
un carcinoma de la vena porta o de
su rama cística.

Al principio se desarrolla el cáncer
sin sintoma alguno: luego se presen-
tan dolores cólicos que pueden terminar
en un absceso de cálculo hepático. Estos do-
lores van aumentando de intensidad y
después sobreviene la ictericia que se
hace al poco tiempo muy intensa pre-
sintiendo los enfermos un color amaril-
lo grisáceo. La ictericia se produce
porque el cáncer ordinariamente crece
y se propaga por infiltración, a los
conductos entes y císticos. Esta ictericia
es constante, inalterable, y va
acompañada de heces fecales acuosas com-
pletamente; en esto se distingue de la ic-
tericia calculosa por su carácter

inintendidos.

Al mismo tiempo puede observarse otro síntoma de gran valor diagnóstico: es un derrame líquido en la cavidad del abdomen; hecho de suma importancia, porque solo de una manera muy excepcional se presenta en los cánceres de páncreas.

El cáncer de la vesícula forma ordinariamente un tumor grande y palpable con facilidad, pero que no lo tiene importancia diagnóstica cuando es difuso, porque un tumor circunscrito se encuentra también en caso de colestasis y engrosamiento de la vesícula.

Debe tenerse en cuenta la existencia o la falta de estancamiento de la vesícula biliar, atendiendo como general a la regla enunciada anteriormente y debida a Courvoisier y Terrier.

La falta de flete tiene lugar cuando aparece el cáncer de la vesícula u conductos biliares, porque entonces se

los fenómenos inflamatorios y consecutivamente febriles, que a veces existen antes, provocados por los cálculos.

Un signo no frecuente aunque tampoco raro, que se presenta cuando existe el cáncer, es la tumefacción de los ganglios de Virchow o sea los linfáticos o de la incisión claviculor del esterno. Obsérvese también.

La caquexia también tiene importancia, pero se presenta algunas veces en cálculos que no tienen cáncer.

A pesar de esto, la caquexia grave, el anorexia y cubre toda la ascitis, son fenómenos que reunidos nos indican que muy probablemente la colestasis se ha complicado con la presencia de un cáncer de las vías biliares.

Diagnóstico Pronóstico

Diagnóstico. Cuando la litiasis biliar se manifiesta por accesos típicos al colico hepático, el diagnóstico no es generalmente difícil; pero la diversidad de una granle que pueden revestir los síntomas producidos directa o indirectamente por las coledoclitos, hace que muchas veces resumidamente difícil conocer la presencia de estas afecciones. Un diagnóstico detallado no podría hacerlo en muchas ocasiones ni aun el que domine por completo la materia.

Para facilitar el diagnóstico de la coledoclitiasis, los autores que con mayor detenimiento han estudiado esta enfermedad durante los últimos años, han procurado dividirla en grupos, fundándose, uno en el modo de

la enfermedad (Naunyn), y a ¹⁷⁴ la presencia de algún síntoma culminante (Reidel).

Naunyn admite punto a la coleditiis regular, que es la que se revela por accens hepaticos, calculos tipicos, que terminan por la expulsión de coleditos, la coleditiis irregular, bastante obvia desde el punto de vista de las formas que se presenta.

En esta última se trata, del catarca mixto de calculos biliares, de la ictericia litogena, de la angiocolecistitis infecciosa, de la hepatitis en sus diversas formas, de las afecciones ulcerosas de los vias biliares, y del cancer de las mismas, comprendiendo en estos procesos las variadas complicaciones y finalmente morbos por ellas.

No considero buena esta distinción que para facilitar el diagnóstico de litiasis biliar ha hecho Naunyn: Hecho regular a la coleditiis que se manifiesta por accens calculos tipicos (1) Naunyn. Klinik der Cholelithiasis.

N^o 5
a la que se diagnostica por sí sola; y
el nombre de irregular a la que en sus
propiedades clínicas es complicada.

De modo que atendiendo a tal distinción
coloremos primero hacer el diagnóstico
de las complicaciones de la colitis
típica; puesto que el de la típica típica,
que termina por la expulsión de co-
litos se hace por sí solo. ¿Es que no se
presenta la colitis bajo otras for-
mas que las enunciadas por Stansbury?
¿Hauole deja este entre las numerosas
formas en que la colitis se presenta
ninguna de las complicaciones por el
admitidas en el grupo de colitis irregu-
lar, se nos revela bajo formas que difieren
extraordinariamente de la típica, de las
características acceras de colitis hepática
colérica? ¿Aunque acaso menos impor-
tancia clínica respecto al diagnóstico, las
formas larvadas de colitis no
complicadas?
De una utilidad práctica es la clasificación
que hace Ridel de la colitis. Este
autor: Es preciso ante todo distinguir

estructamente dos cuadros morbosos o cuando en muchos casos se transforma uno en otro, a saber: la coledocitis sin riciis y la coledocitis con riciis. (11)

La coledocitis sin riciis se presenta bajo dos formas distintas diferentes, dependiendo del estado de la vena biliar.

Cuando el cálculo encuentra en una vena biliar normal y palpitante per-
misable el conducto entero, los síntomas son insignificantes y se reducen a ligeros malestares en la parte superior del abdomen y alguna vez pérdida del apetito. La vena biliar de ordinario ordinaria no se que por palpación. Si la vena biliar que contiene el cálculo está adherida, se distingue de las adherencias sin cálculo, a saber que el cálculo llega a comprimir contra la columna vertebral, cosa bastante rara. La vena biliar adherida, con o sin cálculo produce a veces dolor y con menos frecuencia del abdomen y vómitos.

Los fenómenos ocasionados por el cálculo en la vena biliar blanca con o sin

(11) Meidel loc. cit.

adherencias, pueden confundirse:

127

- 1º Con enfermedades del estomago: dispepsias, nervosas, gastritis crónicas, Cardialgias, úlcera gástrica curada, gasteroantritis, y tubérculo del piloro.
- 2º Con enfermedades del intestino: dislocación de este, flexión, producida por hidas del epiploon o por acostamiento del mismo.
- 3º Con adherencias causativas a enfermedades del estomago y del intestino, y con la hernia retroperitoneal de la línea alba.
- 4º Con las crisis gástricas de los tabéticos y con la úlcera hepática.
- 5º Con neuralgias: neuralgia intercostal, mialgias y dolores lumbares y neurorstenia. Si el cálculo se halla en la vesícula — u ya o' menos hidropisia, se producen accidentes inflamatorios que mas a tras se cierran con el nombre de inflamación infructuosa de la vesícula biliar (Budd); o alio hepático sin resultado que se confunde con frecuencia con el accostamiento calculoso. La vesícula biliar aumenta de volumen se riguriza y puede apretarse formando un tumor piriforme debajo

del hígado: el vientre se abulta y durante ¹²⁸ el acceso se presentan dolores intensos y vomitos. El poco tiempo termina el acceso inflamatorio, y los fenómenos que durante el han tenido lugar desaparecen. Vuelve la calma al abismo del paciente, y la vesícula a su estado anterior: el vientre se deprime, no hay ictericia, ni en las deposiciones se encuentra cálculo alguno. Como se ve por el síndromo clínico de estos accesos, es fácil en confusión con los que terminan por la expulsión de cálculos; y hasta después de terminados el ataque puede subsistir el error interpretando la resolución de la vesícula, no como consecuencia de la remisión inflamatoria, sino de la salida de los cálculos; y el reposo que sigue al acceso se atribuye a que el cálculo ha sido eliminado por las vías naturales. Esto no es cierto; y dice en otra parte que el cálculo permanece en la vesícula y la inflamación cesa.

Los intentos de arrullarlos cuando el cálculo

Lo es en la vena biliar hepática, ^{pero} da origen a la comparsa de este fenómeno.

- 1.º Con enfermedades del estómago: úlcera o carcinoma del estómago o del píloro.
- 2.º Con enfermedades del intestino: úlcera duodenal, estrechez intestinal, ílex, carcinoma del colon ascendente o del transverso, peritífitis o apendicitis (cuando el apéndice vermiforme se dirige hacia la parte superior hacia el ombligo, o cuando esta dirección causa el dolor de la cecitis se irradia hacia el ombligo), colitis nerviosa, y con la rotura del intestino o de los vasos abdominales cuando la cecitis se presenta después de esfuerzos violentos.
- 3.º Con enfermedades hepáticas: quistes hidatídicos supurados, que tienen su asiento en las inmediaciones de la vena, hutes agudos de sífilis hepática si la vena biliar, colitis in-trahepática, ligamento móvil.
- 4.º Con enfermedades del riñón: colitis nefrítico

calculos (principalmente del lado derecho)¹³⁰,
proceso purulento del riñon derecho, y
riñon movil especialmente cuando el
ligamento psoas muy desarrollada el
dice linguiforme (Riedel); si en la pel-
vis de fémur riñon movil se desarrolla
un calculo y la orina permea clara
por occlusion del ureter, el diagnostico
diferencial puede ser muy difícil.

5.º Con la neuralgia hepática (cálculo pre-
do hepático de Furbringer). No existe
unanimidad de pareceres en este pun-
to. Muchos han negado en absoluto la exis-
tencia de dicha neuralgia, y otros la
considerado como hecho raro. Sin em-
bargo no hay motivo para negar la
posibilidad de la aparicion de
neuralgia hepática. Farrier indica
varios argumentos en pro del caracter
nervioso, la regularidad en la apa-
ricion de los accesos y sobre todo su
relacion cronologica con
ciertas enfermedades. Furbringer opina

131

que no son bastantes los hechos conocidos
hasta ahora para resolver definitivamente
el problema; pero sin embargo
constituye un argumento en favor del
carácter nervioso de estos accesos, el
hecho de que ápeuá de permitirse du-
rante otros intentos y de reaparecer
con frecuencia, no dan lugar á com-
plicaciones hepáticas ni angio colíticas.

Coleditis con ictericia. Esta
ictericia puede ser como ya he dicho,
inflamatoria o como nombre recibe
de consecuencia de una inflama-
ción de la vesícula biliar, tan in-
tensa que se propaga a los grandes
conductos biliares, y litogénica
cuando es producida por el estanca-
miento de un cálculo en el conducto
con inflamación consecutiva de di-
cho conducto. Esta forma de cole-
ditis puede confundirse:

- 1.º Con los procesos inflamatorios del hígado

que se acompañan de ictericia: los abs-
cesos del hígado en infantes que han es-
tado en los trópicos, las supuraciones al
rededor de cálculos biliares, los quistes
hidatídicos, supurados, y los gomas.

2º Con la perforación secundaria de la
ulcera del estómago, inflamaciones y
neoplasias en el duodeno, neoplasias del
páncreas y cálculos del conducto pan-
creático.

3º Con tumores hemorroidales o de otras
raíces de la porta, proceros piocósmicos
del hígado provocantes del apendice
vermiforme, neoplasias primitivas y
secundarias del hígado.

4º Con aneurismos de la arteria he-
pática, celiaca, y aorta abdominal
y con muchas afecciones generales con la
calibración hepática.

Entre las enfermedades citadas, que
con mayor frecuencia pueden confundir-
se con la tuberculosis ocupan el
primer lugar las del estómago primi-

199
principalmente la úlcera y la gastritis.
El error nace de la manera de presen-
tarse los dolores y de su localización.
Con frecuencia se presentan los dolores
en la coliclitia, de un modo muy pare-
cido a' como lo hacen en la úlcera
gástrica; es a' tres horas después de
la ingestión de alimentos. Comenzando
con el paro del quimo gástrico al duo
duo, la vena porta se contrae para im-
pulsar la bilis; por eso muchos colic-
liticos tienen la hora de la cam-
bia, porque poco después principian
los suprimientos.

Por la localización del dolor se
tiene también lugar la confusión: ya
se dicho anteriormente que el dolor
en el colico hepático pronto resolta
pero como el intestino no tiene siempre
su asiento en la vena biliar, sino
que muchas veces se refiere al epigastrio.
Esto tiene su origen en que en muchos
casos el dolor se desarrolla de un

modo reflejo o directo, en la papula ¹²⁴
de Vater, por la gran resistencia que
en este punto supone a la progresion
del calculo, el esfinter coleduco duode-
nal. Se observa nalla el espasmo duode-
noro de este, y como en su situacion corres-
ponde a la porcion ascendente del du-
deno, proximalmente en la linea media
de la region epigastrica, los enfermos
refieren el dolor a este punto.

Mas facil es confundir la ulcera
gastrica con la litiasis biliar, quan-
do a consecuencia de la perforacion
ulcerosa de un calculo de la vesicula
en el estomago o en el duodeno repre-
sentan, hemorragia gastrica, o me-
lema.

Con la gastritis algunas veces
no podria hacerse el diagnostico
diferencial porque ella misma
puede producir a consecuencia de
adherencias del piloro a la vesicula

bilios: se produce la enteritis y
gastroenteritis consecutiva.

El diagnóstico de las complicaciones
de la esplenitis es con frecuencia
muy difícil que el de la enfermedad
misma. Estas dificultades aumentan
cuando se pretende hacer el diagnós-
tico de los detalles del caso.

La colelititis y colangitis febriles
pueden dar lugar a error cuando
se presentan sin ictericia, sin enteritis
y sin síntomas alguno de cálculo bi-
liar. No confundas los casos en que
distinguidos clínicos han creído estar
en presencia de un pólipo, un
tumor, una neoplasia criptogénica o
peritonitis aguda consecutiva a perfo-
ración por úlcera gástrica o peritifli-
tis, cuando se trata de coleliti-
tis infecciosa.

Las numerosas afecciones que como he
dicho pueden presentarse en un caso clínico

identico al de la cistitis y la coar-¹⁷⁶
tension de unos y otra que no dejan de
observarse con alguna frecuencia, expli-
can sencillamente los errores de diagnos-
tico y la incompletud del mismo
en que han incurrido observadores
eminentes.

De estos hechos se deduce la necesidad
de que el examen clínico sea siempre lo
mas completo posible.

La exploracion se hace en decubito
supino, primero con el cuerpo bien exten-
dido y luego levantando la parte su-
perior del tronco para relajar los mus-
culos rectos. El decubito lateral y la
flexion del muslo sobre la pelvis.

Con la exploracion rectal es muy difi-
cil en los varones por la mayor ten-
sion de los musculos rectos. El mar-
catis una vez hecha la aplicacion en
posicion indicada, se cubre la ma-
no izquierda comprandola al
codo derecho, se impulsa al ligam.
hacia adelante, primero con la

174

y la mano derecha aplicandola por sus
dedos sobre la parte anterior percibe
generalmente el borde inferior del higa-
do y por debajo o detras de el, la vesicu-
la biliar. Haciendo en cuenta que
el hígado descende algunas de una
evaluacion abundante, conviene
el examen antes, y repetirlo despues de
overo el intestino. Se pretende hallar
con esta investigacion un sintoma muy
importante, que decisiva la vesiculi-
tad o la presion de la vesicula biliar.
La mayor parte de las enfermas cuyo re-
sultado biliar contiene calculos ofrecen
otolor o la presion de la vesicula
triada segun questo indicio.

La percusion no es de resultado su-
guero porque el quorro del borde infe-
rior del hígado varía en los disten-
tos indurados, dando á veces ruido
timpánico.

La crepitacion de los calculos de la veni-

en la biliar exantituye un sintoma ¹⁷⁸ se
guero cuando es verdaderamente típica: pe-
ro se observa pocas veces.

Al hacer estas investigaciones debemos tener
en cuenta que la vejiga biliar, según la
movilidad del hígado y la relajación de
las paredes abdominales, se encontrará
veces en un punto medio y otras en la
teral. Con frecuencia se halla la vesícula
cubierta por el ligamento que es accesible
o la palpación. También debemos te-
ner presente que la exploración de la
vesícula biliar resulta muy difícil
y a veces imposible cuando

cubierta por el apéndice ligamentoso
del hígado, descrito por Riedel. Esto as-
ociado permite mientras dura el
inflamatorio de la vejiga, pero
cuando este termina puede desapare-
cer. Se trata probablemente de un co-
nulo hepático producido por la extra-
nulación del órgano, y debajo del cual
se desarrolla el tumor de la vesícula de
Stein.

En tales los casos cuando no se debe

139
prescindir de la inspección de los excre-
mentos, tan incoloros y prístinos como es
preciso el examen microscópico y el quí-
mico, de las deposiciones.

No concluiré la que al *Chirguinito*
de la *litania biliosa* refiere, sin
antes mencionar de otros *neolios*, que si bien
hasta el presente pocas veces ha suministrado
datos claros y precisos, esta
de a' prestar grandes servicios en el ex-
recimiento de la afección que estudia:
me refiero a' esa potente luz cuya au-
rora estamos presenciando: la *radiolo-
grafía*. El día en que obedeciendo a'
la ineludible ley del incansable progreso,
el rol de los rayos X llegue al
vero el venturoso de la resolución de los
mas intrincados problemas de
ca, tanto de la *enlitania*, como
de ella en general.

Cuando siempre han existido, existen y
existirán afecciones completamente dife-
rentes anatómicopatológicamente como lo
revela, y que se nos revelan por fenómenos
morbosos voluntarios, apesar de una excre-

por los examenes del enfermo pasamos ¹⁴⁰ res-
pectivamente de error.

Hasta si observando bien y justiprecian-
do exactamente, se llega a un error, será
culpa de que la fisiopatología mor-
bosa engañe con las apariencias, o error
nacido de las insuficiencias de la clíni-
ca misma, que carezca aun de datos po-
ra hacer suficiente, seguro e inequívoco
el hallazgo de la verdad.

Si mientras esto surge en creencia una
va cuya necesidad se siente, pero cuyo
alborar no vislumbra fuerza para pre-
ferir, o temiendo si la substituye, un
error justo y científico a una
irracional y brillante. (1)

Prognóstico

El pronóstico de la litiasis biliar debe
ser muy considerado siempre como dudoso: es
verdad que muchos casos que se curan
en la práctica médica terminan favorable-
mente, pero al lado de estos existen
ciertas numerosas temporales, en
que la terminación de proceso biliar la

(1) E. Corra y R. L. Góngora, tres años de su clínica hospitalaria. Revista de Med. y
Cir. Prácticos 25 Agosto 1902.

muerte,

141

Se comprueba claramente que antes,
de el proceso patológico de la calbitación
no era bien conocido, se consideraba
como una enfermedad que requer
el concepto clínico en que se la trataba, ter-
minaba siempre a / pocas veces, por la
curación. Pero hoy que conocemos mas a fuen-
do esta afección debemos insistir en que se
haga que el pronóstico del al parecer mas
leve ataque de colitis hepática.

Hoy, ya sabemos lo que puede ser y lo que
significa en muchas ocasiones una o muchas
que se repiten: tambien conocemos el valor de
sus insignificantes signos, reveladores mu-
chos veces de trastornos solo remediables
por la intervención quirúrgica, y tambien
ignoramos el gran numero de personas
que a menudo en los hospitales, curados
definitivamente..... hasta otra.

Si los cálculos de la vesícula
siempre en reposo y el conducto cístico
tan empalmado que siempre tuviera abier-
ta su puerta, el pronóstico de la calbitación
seria leve y equívoco. O sea varió la cosa

142

cuando el conducto cístico se cierra: se
desarrolla muy en la vena biliar y el
proceso se pone rojo, pero sin embargo
como el proceso es local y relativamente su-
perficial, mucho se puede esperar de
la oportuna operación. Grave, muy grave
se pone la cistitis cuando calculos que
han abandonado el conducto cístico, no
pueden salvar la papila. Entonces ya
no se trata de una afección de un
punto imprescindible para la vida,
sino de la vena biliar, toda par-
te el hígado en el proceso y el proce-
so mismo de local se convierte en general,
con gravísimo riesgo para el enfermo.
Cuando la litiasis biliar es de
corto tiempo, obteniendo resultados si-
los circunstancias que son tenues el
desarrollo de los cálculos son debi-
dos a alguna enfermedad cura-
ble de la vena biliar o de las vías bi-
liares como ocurre con el cáncer. No

hay que decir cual sea el pronóstico
de este caso.

De las anteriores consideraciones se
deduce la proposición que remite al prin-
cipio: el pronóstico de la catálisis
debe ser considerado siempre como
elativo, porque las complicaciones son
raras y las recidivas frecuentes.

VIII

Tratamiento

El tratamiento de la colitis crónica comprende de varias partes en relación con el estado en que se presentan las enfermedades.

Algunas veces son muy llamados para cambiar un colitis hepático, al paso que otras veces puede que pongamos los medios para que determinemos individuos que han padecido uno o varios accesos, se sea libre de ellos en la sucesión. En ocasiones tenemos en cuenta una la gravedad del colitis crónico o bien las particularidades de la afección, habiendo de resolver si es o no la conveniencia de la intervención operatoria.

He aquí establecida la división natural que hago en el estudio del tratamiento de la colitis crónica:

- 1.º Tratamiento del acceso de colitis hepática.
- 2.º Tratamiento de la colitis crónica en el

intervalo de los accesos.

3^o Indicaciones de intervención quirúrgica en la coledolitiasis. Operación que consiste en la extracción de las vías biliares a consecuencia de la coledolitiasis.

Tratamiento del acceso de cólico hepático. El tratamiento del acceso de cólico hepático tiene como problema urgente, combatir el dolor.

Al iniciarse un acceso de cólico biliar colicablor, lo primero que debe procurarse es el reposo en cama. Los medios que después se empleen deben estar en relación con la intensidad del acceso.

Si se tuviera esto en cuenta cesarían tantas discusiones como ha habido y hay, a cerca de los medios que según la opinión de cada cual, deben aplicarse.

Al medicamento que emplearlo en un ataque de cólico hepático muy intenso es perfectamente racional, resultaría

siendo o se aplica en un acceso ¹⁴⁶ ligero: y
al contrario las mesías mas fuertes que
dan excelente resultado en los casos de
poca intensidad, solo servirán para
hacernos perder tristemente el tiempo,
en presencia de un fuerte acceso.

En los accesos por intensos debemos
procurar, primero, sacar el mayor pro-
vecho de la benéfica influencia de
calor en sus variadas formas de admi-
nistración. Las cataplasmas ligeras
y muchas envueltas con agua deben em-
plearse; pero para los que se han obte-
nido mejores resultados con la aplica-
ción de paños empapados en aguardien-
te y renovados a menudo sobre la región
de la vesícula biliar. También re-
nará ingerir bebidas calientes, como
caliente infusion de té, de manzanilla,
en dosis cortas y repetidas para que se
re desenvuelvan con el vomito. El baño ca-
liente elevado progresivamente a 30°
y 40° es eminentemente antiespasmódico:
alivia también pero el remedio

es practico porque exige mucho tiempo,
y los movimientos necesarios para
corral enfermo en el baño, pueden pro-
vocar nuevos paroxismos de lazosos.

En algunos casos no se tolera el calor
y se espacian los dolores.

puede aplicarse la vejiga con
machacado, recamendado ya por
Briqueteau (11); hacer tina, hielo
o helados cubados y aplicar compres-
os empapados en eter, cloroformo
o un trozo de alcohol impregnado en
los mismos líquidos y cubierto con un
cartón.

Las pulverizaciones de eter o de cloro-
ruo de etil, las aplicaciones por medio
de alcohol en rama de cloruro de metilo,
de Sulfuro de Carbono, son buenas
otras de acentuación local. Se emplean
tambien muchos linimentos calmantes,
laudanizantes, cocainizantes, cloroform-
izantes, o belladonizantes, que sirven

(11) Briqueteau. Sur les accidents produits par les calculs biliaires et sur
les moyens de les calmer. Mémoires de la Société méd. de emulation 1826

148
para hacer que el enfermo ~~tena~~ pa-
sencia, o ~~deca~~ para que se pueda
mas pronto. Como generalmente la apli-
cacion de topicos ~~se~~ basta para comba-
tir el dolor, se han propuesto como el
objeto principal de medicamentos exlin-
guirlos en inhalaciones o por las vias
gastricas, rectal o subcutaneas.

En casos en que han fracasado otros
medios, y el dolor es tal que produce en
el enfermo delirio furioso con tendencia
al suicidio, se puede recurrir a la inha-
lacion de cloriformo y mejor de etor ha-
ta producir un ligero narcotismo. Es-
tos casos son muy raros.

Las inhalaciones de cloriformo o etor
a dosis cortas y repetidas sin llegar al
narcotismo completo han sido muy
ensaladas por Marshman que ha
tenido inconveniente en confiar su aplica-
cion al paciente o a los allegados. Reco-
mendaba al autor el cloriformo por
que al contener del opio, suprimele

189
el expresmo sin que en la guerra im-
pulsora muriera.

La antipirina rara vez es eficaz:
adminístrala a grandes dosis por
la boca y por la vía hipodérmica.
Kraus y Stricker recomiendan
la antipirina pero a condición
adminístrarla en el momento de
caer el acervo.

El salicilato sódico se ha dado a
la dosis de Agates gran al principio
del acervo con resultados favorable algu-
nas veces (Nerumy).

La exalgina, la fenacetina y la
acetanilida se han usado en varias
ocas con diversos resultados.

El ácido cianhídrico se ha em-
pleado a gotas alguna vez. Este medio
mienta no debe usarse.

También se han usado los camphres
generalmente asociados a la anti-
pirina.

La trimetina prevenida por

180
G. Lindsay Turnbull a la dosis de me-
sclio a un miligramo; para la regu-
lacion de las fibras musculares li-
ras de las envolturas biliares y para
de rápidamente el acceso de crisis. No
tengo experiencia de esta medicacion.
El eter en inyeccion hipodermica
es muy ponderado por algunos autores.
Segun ellos a la accion calmante se une
la accion disolvente sobre los coagulos. Es
problematico de esta accion y lo doloroso
de las inyecciones unido a haber pro-
ducido alguna vez paralisia alarmante,
hace que este medio sea poco utilizable.

El clorofornio por via gastrica ha
sido especialmente recomendado a la
dosis de un gramo, en capitulo o en
agua helada. Las pocas veces que
se le ha usado no ha dado resultado
a la dosis.

El cloral de accion analgetica es
tanto inferior a la hipnotica real

minuta a' la dosis de uno a' diez
gras, o a' dosis mas frecuentes y
repetidas. El cloral en enema
es un excelente analgetico, se da a'
dos a tres gras en un vaso de leche
o a cuatro añado una yema de hue
vado (Gaston Lion). Maunier dice:
"he curado muchas veces el
poro jamas he visto con el una
acción especial, y es enano el per
vor que en cantidad apreciable
se transforma en la sangre en el
reformer y obra como tal sobre la
vesícula biliar."

El opio administrado por inges
tión ha prestado buenos servicios,
cuando es tolerado, y cuando los vomit
os no constituyen impedimento
utilizar esta via. Para ^{la} tolerancia se añado a' ^{la} posción opio
de un poco de forado de eter. Se

182
debe dar a dosis fraccionadas para
vigilar mejor sus efectos. En la apli-
cacion de este medicamento hay que
tener en cuenta la susceptibilidad
individual que se debe procurar ven-
ir en cuenta. Si es bien tolerado
por el estomago, o ha muchas veces for-
tísimamente suprimido el dolor, cal-
mando los vomitos, e impidiendo la
contractura de los conductos biliares
en el calculo, facilitando de este ma-
do su progresion. La objecion que
se ha hecho al opio de que al supri-
mir las contracturas de los conductos
impide la emigracion del calculo, no
tiene importancia alguna: mas neces-
itara detener el calculo por con-
tractura espasmodica de los conduc-
tos biliares, que por atonia de estos. Ade-
mas, el opio a dosis ordinaria dismin-
uye poco la contractura de las fibras
blandas. Un inconveniente muy pequeño
es la propension que el opio tiene

disminuir la secreción biliar.

183

La belladona ha sido recientemente
da por Aroussseau, Frerichs, y Murshorn.
Modernamente G. Sticker (1) ha dado la
preferencia a este medicamento sobre to-
das las empujadas en el cálculo hepático.
Para explicar la beneficiosa acción
de la belladona, este autor parte del
hecho de que por un lado la contractura
espasmódica de las fibras cir-
culares en el punto de enclavamien-
to, y por otro, el espasmo del esfín-
ter colédoco duodenal se oponen a la
progresión y eliminación del cálculo.
Como la belladona hace cesar las
contracciones espasmódicas del esfín-
ter y además no solo no para la in-
flamación que excita, y hasta disminuye las
fibras musculares principalmente del
músculo de la vesícula biliar, cumple
por consiguiente de un modo perfecto
las indicaciones terapéuticas en el ca-
so de cálculo hepático. obra con el
G. Sticker. Tratado sobre la terapeútica y en especial sobre el tra-
tamiento abortivo del cálculo hepático Viena

inante al hacer caer el espasmo ¹⁵⁴ y
favorece la progresión del calento
por la acción excitante y tónica men-
cionada. Sticker dice que debe darse
la belladona al aproximarse o iniciarse
un colico o tambien cuando hay
en el abdomen movimientos de un calen-
to con accesos repetidos de colico, si em-
bora sintamos alguno que permita sospe-
char la complicacion del colico con
crisis profundas de tejido, si se-
mejante de calapso. La forma en que
emplea dicho autor la belladona
es la infusion de las hojas, 0,5 a 1,5
gras a 150 gras de agua para tomar
una cucharada cada media hora o
cada hora desde el principio del ac-
ceso. Naturalmente en cuanto aparece
con los primeros signos de intoxicacion
se suspende su empleo.

La cantidad del extracto es de 5 a
15 centigramos al dia.

Aplicacion de los unguentos practicales

185
no se puede usar (formar) juicio acerca
del resultado de la belladona en el
tratamiento del cáncer hepático. Como
las dosis mínimas o reducidas de
belladona no producen efecto alguno
en el cáncer de estómago, debiendo te-
ner mucha precaución para su em-
pleo a las dosis altas ya indicadas,
vigilando continuamente al enfer-
mo.

Se han observado algunos casos
de intoxicación rápida por la
belladona.

El aceite de olivas se ha usado
muchas veces con éxito para comba-
tir el cáncer hepático. Se administra
a la dosis de 200 grs.; es inútil pre-
scribir como Caspary 400 grs., porque
es mal tolerada.

La glicerina usada durante la
enfermedad ha sido recomendada
por Ferri y Stewart que ad-

numeraban de 20 a 30 granos de glicerina ¹⁸⁶
en agua cloriformica. Se puede dis-
poner sin inconveniente a dosis altas
(100 granos), me da lugar ordinaria-
mente a ningún efecto desagradable.

En varios casos refiere Wislizing que
conviene calmar los dolores aplican-
do una venda elastica (de Mar-
ton), sobre la cresta iliaca hasta
el limite superior de la mancha
hepatica. Este procedimiento no puede
aplicarse nunca, si quiera sea en un ac-
to de mecha intencional, porque los
cuerpos no toleran ni el muy ligero
contacto en la region hepatica.

Un medio aplicado comun-
mente en las afecciones de vesica
biliar, y principalmente en los casos
pletoricos, es la sangria Hoffman;
Durand y Hays sostenen, la aconsejaba
en especial cuando se tenia una infla-
macion del higado o cuando la fiebre
es muy alta. Portal ¹¹ la recomendaba
¹¹ Portal, Maladies du foie

no solo para prevenir la inflamacion ¹⁸⁷
si no tambien para favorecer la sali-
da de los calculos biliares, y para disminu-
ir la compresion que ejercen los sang-
ruginos en los conductos biliares, ex-
aminar de su turgencia. No cabe du-
da en que la sangria por su acci-
on espasmodica, basta en algunos casos
como dice Ferrichs para combatir
el enclavamiento espasmodico del calculo.
b.

Las evacuaciones sanguineas locales (san-
guifletas o ventosas escarificadas, reem-
plaban antiguamente cuando los do-
ctores eran muy internos y se temia que
obstruiera una inflamacion de la
vejiga biliar. En la actualidad M. de
Maison recomienda las evacuaciones
sanguineas locales cuando la sensi-
bilidad en la region de la vesicula
biliar es muy fragorosa.

Raramente hace aplicacion hoy
de la emision sanguinea porque
se conocen medios mas sencillos

188
y seguros; sin que por esto se puedan
negar los beneficios efímeros que pueden
obtenerse á veces en algunos casos de resis-
tencia muy prolongada de la vesícula
biliar, mediante la aplicación de
sanguijuelas.

Existen algunos casos en que el
lavado del estómago ha curado rápi-
damente algun eczema hepático. No
conviene, sin embargo de eso, recomen-
darlo en un caso mientras haya ó en
medios de tratamiento mas sencillos
y racionales.

En los eczemas hepáticos de media
una intensidad pueden prestarse bu-
nos servicios pueden prestarse buenos
servicios algunos de los medios miste-
riosos, sobre todo los opíacos: pero cuando
de la litiasis se manifiesta por una cri-
sis muy violenta, los medios precedentes
solo se utilizarán en segundo grado,
después de haber calmado el dolor
por el remedio supremo: las inyecciones

subcutaneas de morfina. Si el do-
lor persiste es necesario repetir la
inyección en algunos casos con ciertas
intervalos. En los casos graves y
en muchos robustos puede debere
basar demandado la dosis de la
mora inyectando si no inyectar de
vez 15 miligramos.

En casos menos graves o en mol-
vidos debiles se inyectara cada
5 miligramos de morfina (claruro).

El uso de morfina de aumen-
tar la frecuencia de la vomita y
de producir alguna vez el colap-
so. Para evitar las vomitas es
necesario a la atropina y para pre-
venir el colapso se emplean dosis
minimas (un centigramo); una
formula para la administra-
cion de la morfina es

Claruro morfina 5 cty.
Sulfato de atropina 5 mgl.
agua d. laurel cereno 10 grs.
M. S. A.

Un centimetro curvo de estaca-
ción contiene medio centigramo de
finor y medio miligramo de atropina.
«El temor al suprafisiismo ha
sido en un fantasma para algunos
medicos; varias veces he visto que
en particular los medicos de pais
se oponian a una inyección de mor-
fina en casos en que estaba urgentemen-
te indicada, basando el accepo de callos
hepaties, objetando que el enfermo podria
padecer monfista, lo cual en realidad
incluía un obsequio completo
to del asunto,» (Leichtenstern)
Algunos medicos han cambiado
el modo de la morfina, obje-
tando que no es verdad que hace
cecer la contracción espasmodi-
ca del esclavamiento, en cambio
paraliza la actividad
normal impulsora de la bilita, y
lo ob-temperado contra el obje-
to de los esfuerzos de la naturaleza,

que pretenden la expulsión del cálculo.
Esta reflexión teórica, aunque
cierta, no es muy oportuna, el
tema que el enfermo, la familia, y
condena, nos pueden exigir que hagamos
lo posible por suprimir el terrible dolor
que sufre el enfermo, y cuando no cuentan
con ningún medio que combata el do-
lor tan pronto y con tanta seguridad como
la morfina, no hay donde escoger.
Además, lejos de creer que la morfina
en el tratamiento del cálculo hepático vaya
en contra de los esfuerzos de la natura-
la, considero que muy al contrario lo que
hace es dirigir convenientemente sus
esfuerzos, suprimiéndolos cuando por
gran intensidad son un obstáculo pa-
ra lo que pretenden conseguir, esto es, la
expulsión del cálculo, y dejándolos
vuelven a obrar nuevamente, no se cons-
tituya nuevo esclavamiento. E
el esclavamiento por contracción espas-
mática.

162
molicia, y la vis á tergo basta para con-
trar la corriente de bilis y ocasionar al
lo su necesidad de fuertes musculares. E
de esa la accion de la morfina vuelven
á impedir los movimientos catartá
en las conculutas biliares, que impulsos
muovamente al calculo, hasta que acaban
le detiene otro espasmo. Entonces se
ve á practicar la inyeccion de un
Estos actos se repiten hasta que el
to logra salvar la papila.

Que el tratamiento por la morfina
es poco mas desfavorable sino que
resulta eficaz, lo demuestra la multi-
tud de casos en que después de admini-
strada repetidas veces en la forma
indolida, durante accesos graves y repe-
tidos, ha aminorado en las heces fecales el
cuerpo del calculo.

De modo que usando la morfina no es
lo con la idea de suprimir el dolor, sino
tambien para favorecer la progresion del
calculo. Lo mismo sucede con

del opio he de repetir aquí: el cálculo ¹⁶⁷
se encuentra detenido no por falta de con-
tracción de los conductos biliares, sino
por la contracción espasmodica de los
mismos. En este sentido todo lo que ha-
ga desaparecer es espasmo favorecerá
la eliminación del cálculo evitando ade-
más las consecuencias posibles del enco-
nacimiento espasmodico: (cicatrices esteno-
ticas, inflamaciones etc.)

De esta suerte obran las inyecciones
de morfina en el accion de cálculo hepa-
tico; como medio paliativo para el
y curativo por la eliminación del cal-
culo.

Los purgantes y los vomitivos deben
proscribirse en el cálculo hepático, por
que si bien es verdad que algunos
favorecen la eliminación del cálculo,
se cambian aumentan los dolores y
espasman con facilidad a la salida
de los conductos biliares.

Tratamiento de la coleditiacis
en el intervalo de los accesos. En
 las individuos que han padecido uno
 o varios accesos de colico hepatico
 o curris dos muy diferentes: que en el ul-
 timo acceso se hayan expulsado todos
 los calculos existentes en la vena biliar;
 o que haya quedado
 en ella. En el primer caso se
 de coleditiacis sin calculos biliares
 pero presiguientes a su formacion. En
 el segundo, de enfermos con calculos
 biliares.

Claro es que en muchas ocasiones se
 podra determinar si tal sujeto
 ha padecido un colico, o no,
 o si no calculos en la vena biliar: pero
 el examen clinico minucioso del enfer-
 mo, asi como las particularidades
 de los calculos (si son facetas o no, del
 mismo tamaño o muy diferente etc.), son

do todo esto al estado en que rige el ¹⁵⁹
individuo, que puede estar libre en abso-
luto de cálculas o sufrir algunas, per-
mite muchas veces formular una opi-
nión con algunos probabilidades de
acerto.

Cuando después de un acceso de colico
hepático han sido expulsados todos los
cálculos existentes en la vena, el
tratamiento es profiláctico: debe di-
rigirse a evitar la formación de nuevos
cálculos.

Se ha invertido mucho en el régimen
de los colicitarios, que los autores fran-
ceses han confundido con el de los ar-
tísticos en general.

Hemos que en cuenta que el paso del
química gástrica acciela al duodeno
una porción refleja el paso de
la bilis a este, y que el proceso se repi-
te tantas veces cuantas se verificuen
las ingestiones de alimentos, se ha cum-
plido a las causas frecuentes como

166
favorecedores de la corriente biliar.

Por este motivo algunos autores han aconsejado administrar alimentos por lo menos una vez durante la noche, o hacer un clerageo fuerte y abundante en albumina.

Frerichs indicaba ya que las causas bastantes distantes de la obstruccion eran causa de una abundante de la vesicula biliar favoreciendo de esta manera la formacion de co-
litas, como por lo cual en los infan-
tes predispuestos a la coelitis re-
comendaba distribuir las comidas
de suerte que no hubiera entre ellas
grandes intervalos.

Sin embargo, no se debe perder de vista que las exageraciones he-
chas en este principio teorico, resul-
tan probablemente mas perjudiciales
que utiles. Si las comidas se hacen
con frecuencia es natural que no

deber ser abundantes, y como a' cuan-
da escasa corresponde secreción biliar
también escasa, ocurre que lo que se gana
en frecuencia respecto a' la secreción de
bilis, se pierde en cantidad y proba-
blemente en intensidad de la corriente
biliar, pues parece lógico que cuanto
mayor sea la cantidad de bilis, ma-
yor ha de ser la velocidad. De donde
resulta que con una alimentación muy
frecuente pueden llegar a' lo contrario
de lo que tratamos de conseguir, esto es:
a' la lentitud en la corriente de bilis.
Una cuestión que ha sido siempre
muy discutida es la de que clase de
alimentación conviene a' los que su-
fren de los cálculos biliares. Fundándose
en razonamientos teóricos se ha pre-
tendido por algunos autores someter
a' los enfermos a' un régimen ideal,
no clasificando utro alimentos que aque-

Des que disminuyeran los materiales calidos y aumentasen las instrucciones elevadas de la bilis. El pretender obrar de este modo en el organismo humano lo mismo que en un laboratorio quimico, nos conduciria a debilitar muchas veces al enfermo.

Las prescripciones dieteticas mas diversas y hasta contradiatorias se han sustentado, a veces por el mismo autor.

Dejardin - Beaumetz, siguiendo a Bichard el apostol de la regeneracion humana por el regimen vegetal, u obscuro vegetariano. Recomienda especialmente las frutas, las frutas frescas, las legumbres verdes y las grasas por su efecto calagico. Permite los huevos y la leche, prescribe absolutamente las carnes y cuando no se pueden suprimir del todo, aconseja tomarlas bien cocidas o asadas.

La prohibición que de las carnes hace Duparquier Beaumetr, la funda en que estas pueden producir un aumento en la putrefacción de la albúmina y consecutivamente una gastroenteritis que puede a su vez dar lugar a una angiolitis o a una camativa, favorable circunstancia para la formación de cálculos.

En contraposición con Duparquier Beaumetr, Bouschardat recomienda: «carne en cantidad moderada, queso fresco, leche, y toda clase de legumbres y leches frescas. Permite en pequeña cantidad el pan y legumbres muy albuinosas como guisantes azúcares y lentejas, mayor proporción aun aconseja con las féculas y el arroz. Prohíbe en absoluto los huesos, las severas legúmenes y leches dulces, los pencasos, y las marines y los queso curados.»

Kraus (Carlsbad) dice: «por regla general permitimos las grasas, el aceite

aceticas las especias azules, los dulces, las fresas,
los, las legumbres frescas y secas, las portu-
las y los guisos. Su lista de alimentos
comprende: 1.º Desayunos: una taza de
té o café, poca leche, arucas y hierbabuena.
2.º Almuerzo: uno o dos huevos fritos
por agua o un poco de carne frita.

3.º Comida: fresas o excepción del sal-
món y la anguila, carne asada sin sal,
legumbres frescas cocidas o puré de portu-
las; frutas cocidas sin arucas; como bebi-
da, agua, vino tinto, (una o dos copias), o
un vaso de cerveza; las bebidas acidas
las no son bien toleradas. 4.º

carne asada fría o caliente, té, vino
o cerveza. La cantidad de pan es
150 a 200 gramos al día. A los enfermos
y muy debilitados se les permite el
uso moderado de manteca fresca, y

no toleran el pescado en cantidades
considerables a la lista arroz y
. Algunas aconsejan a veces la
o variedad permitida en la

no comer mucho de una vez, si no ha-
cerlo comiendo mastacando bien, y no be-
ber demasiado.?

Las opiniones citadas revelan cuan-
grande es la disformidad que existe
entre los médicos, respecto a la clase de
alimentación que conviene a los eubeli-
tarios. Unos proscriben las carnes; otros
encalzan la utilidad de las carnes per-
cudas; un tercero las recomienda muy co-
cidas; y otros reclaman un régimen mix-
to semi animal semi vegetal.

La leche es recomendada por muchos
autores. Algunos la prohíben. Según
A. Hoffmann la leche halla de si-
olamente contraindicada en los casos
de predisposición para la formación
de cálculos biliares; es de temer en e-
so la producción de acidos y la dis-
minución relativa de la alcalinidad
de la sangre. Continúa
" aunque sea duodigesta y

fundamentos teóricos, existen ¹⁷² obser-
vaciones prácticas segun las cuales es
la dieta lactea u producen
calculos que desaparecieron con la
dieta de leaue?

La obduracion practica como dice
Luchtington es: quem los fundamentos
teóricos u la experiencia
que deba prohibir la leche a los en-
fermos de calculos.

Los huesos cuya gemas rica
colaterales, son recomendados por unos
y otros que otros los prohiben.

Siempre existe unanimidad porfe
respecto a la conveniencia del
uso de los drogas que se ha de dar. Mas
los proscriben en absoluto y admiten
el vino con bebidas azules; y
le admittan en pequeñas cantidades.

Mi opinion es que siendo los bebidas pu-
ras y la cantidad moderada, debe per-
mitirse a los calculos que estan habitua-
dos a un uso durante los calculos.

Segun las investigaciones de W.
sobre el alcoholismo para la belis. Lo
que hay de cierto es que el alcohol con-
tribuye a cualquier forma en esta
a la formacion de embolia,
resistente a su frecuencia en ambos sexos,
lo contrario de lo que en realidad se
vele: no serian mas frecuentes en los
mujeres que en los hombres.

La mala observacion referente a las pres-
cripciones dieteticas la ha olvidado Han-
nup al afirmar, que una alimentacion
limitada y abundante es el mejor calage-
ro. Con mucha se demuestra mejor el
efecto calage-ro de una cantidad
de, que con el hecho bien conocido por
experiencia de que calage-ro que han per-
manecido en reposo durante bastante
tiempo han sido impulsados al
conducto critico despues de una cantidad
abundante.

Respecto al agua puede aconsejarse
en una abundancia aunque sea

174

bajo la forma de aguas minerales
alcalinas. Estas aguas se prohibian
otra época cuando Bransson creia
que el aumento en la proporción de
cal de la bilis y de la sangre, era la
causa de la producción de cálculos.
Esta opinión fue rechazada ya por Fer-
riehs, y Santhau ha observado que au-
mentando la cal de la alimentación
no se consigue aumentar la de la
bilis.

En resumen: dejando aparte pre-
juicios teóricos fundados en razones
de química rítmica, debemos pensar
principalmente cuando se trata de la
alimentación de los colélicos, en
de ella un arma para combatir el es-
tasis biliar.

Con el mismo objeto se debe prohibir
el uso de carnes y emulsion de pe-
tales, y recomendar una
dieta y sistemática. La gimnasia es

175
pirotónica constante en inspiraciones
y espiraciones profundas y metódicas,
o sola o combinada con los movimien-
tos de flexión del tronco, y flexión
los muslos sobre la pelvis, que tienen
por objeto ampliar la cavidad abdo-
minal impulsando al ligamento hacia
arriba, con efecto terapéutico contra
el estreñimiento biliar.

Leichtenstern recomienda a sus enfer-
mos la gimnasia terapéutica de Seber
o la gimnasia claustral de Rugenstein
y Cessler.

Los ejercicios al aire libre, el paseo,
la natación, la ascensión a montañas,
los baños de río y mar; y alguna vez el a-
rriente racional del abdomen y del li-
gado, son medios que favorecen la marcha
de la biliar.

Para combatir la tendencia al estre-
ñimiento conviene emplear de vez en
cuando las aguas sulfatadas, volcánicas o
magnéticas, que son medios ecoproctivos,

ó bien los purgantes vegetales.

176

Indicaciones terapéuticas cuando existan cálculos en la vesícula biliar después de un acceso de colico hepático.

Los medios expuestos anteriormente destinados todos á favorecer la corriente biliar, solo pueden desaparecer en absoluto en aquellos individuos que después de un acceso de colico hepático quedan libres de cálculos pero predispuestos á su formación. Ya he dicho esto no puede haberse con un solo de por ende mayor tiempo hay que transcurrir desde el último colico, muy esperar mejor resultado con los medios profilácticos mencionados, tanto referentes á la alimentación como á los ejercicios gimnásticos (amasaamiento, equitacion etc.)

Cuando se trata de sujetos con cálculos en la vesícula biliar, las indicaciones no son en absoluto tan fáciles

de establecer. El tratamiento varía radicalmente según que el enfermo desee verse libre de sus cálculos, o que pretenda evitar la repetición de los accesos. 177

Si el enfermo nos pregunta: ¿qué debo hacer para verme libre de mis cálculos biliares sin someterme a una operación? Debemos entonces recomendarle aquellos medios que facilitando el curso de la bilis pueden dar lugar a la eliminación de los cálculos. Si el mismo enfermo desea evitar nuevos cálculos patológicos, nos vemos perplejos para resolver, porque los medios que hemos recomendado para expulsar los cálculos, pueden ser causa de nuevos accesos.

Solo podría realizarse el ideal de librar al enfermo de los cálculos, sin ataques de colitis (y sin operación), si todos los cálculos que hubieran en la vesícula fueran de muy pequeño tamaño. En este caso pueden pasar

con relativa facilidad y el enfermo puede eliminarlos a costa de ligeras molestias. Pero esto no puede ser considerado con seguridad, y si nos fijamos por haber encontrado arenillas biliares en los cálculos, estamos sujetos a que al tratar de favorecer su expulsión se produzca un grave y un ataque de colitis biliar por obstrucción de un cálculo de gran tamaño o por las sus consecuencias.

De modo, que teniendo en cuenta que al lado de arenillas biliares puede encontrarse un cálculo voluminoso, es prudente si se quiere evitar unos accesos de colitis hepática, no recomendar los medios que favorecen la eliminación de los cálculos.

La manera de impedir la aparición de los acceros, sería poniendo término a la emigración de los cálculos, por que expulsión dicho, favore-

cuando su eliminacion se cause el peli-
gro de producir accion grave. Pero
no tenemos medio alguno para
ver que queden en reposo aquellos que
se desean aminorar. Es indudable
que la naturaleza consigue en mu-
chas veces, como se prueba por los re-
pulsos, casos en que sin emplear
tratamiento alguno, dejan de
tener accion aquellos que habian per-
sistido durante largo tiempo en las en-
fermedades, sin que este cambio vaya
pañado de la eliminacion de aquellos.
No tenemos como la naturaleza lo-
gra este objeto, por un cambio que
venimos a conseguir el reposo de los cal-
culos, no sabemos mas medio que el re-
poso del individuo.

Si se trata de enfermedades en las
que existen calculos de gran tamaño,
ora hagamos el intento de su preven-
cion en la orina, o bien nos lo revele

los ataques graves de colitis hepática, ¹⁸⁰re-
petidos, y con ictericia, debemos recomen-
dar el reposo luego el reposo, tanto gene-
ral, como particularmente de la par-
te biliar, recurriendo a la dieta
tibia y evitando todos los sucesos
calorosos.

No podemos hacer mas sencilla
es que es siempre, para conseguir el re-
poso de los calculos biliares.

Medios que favorecen la di-
minucion de los calculitos. Dis-
solventes. Calorosos. Aguas minerales.

Disolventes. Los medios de estas
epocas se han visto grandes ilusiones
respecto a la posibilidad de la
disolucion de calculitos, bajo la ac-
cion de ciertos medicamentos.

—Teniendo en cuenta que la coliteri-
na se mantiene en disolucion por
las sales y fermentos de la bilis por

mal, se creyó que aumentando la pro-¹⁸¹porción de crasa de la bilis, se po-
dría disolver los cálculos de
Kirchoff decía: «Era de creer que en
los casos en que se administran al
la grandes cantidades de aceto, este
aceto verdaderamente impregna ha-
ta cierto punto al hígado, y des-
pués para en gran cantidad en
la bilis.» Como en la bilis no fal-
ta nunca medios disolventes de la
colesterina, con pocos prome-
nos mucho de la virtud disolvente
de una bilis muy abundante en qua-
sa (Leichtenstern).

Los alcalinos fueron ya recomendados
como disolventes por Fr. Hoffman
en la primera mitad del siglo 18
porque vio que los cálculos se
enfelleg. Después se recomendaron por di-
ferentes autores que creían que se disolvían
las sales alcalinas de ácidos biliares.

182
las que principalmente mantienen en
disolución a la colestero y a la bile
ribina combinadas con la cal,
trando la alcalinidad de la biliar re-
queriría deolver los cálculos. Los
beneficios resultados de las aguas mi-
nerales (Carlsbad, Vichy, Eckstana) fue-
ron atribuidos en otros tiempos a
la acción de estas aguas, los cálculos
se reducían, se trituraban, y a veces
se disolvían por completo. En la actua-
lidad no se admite la posibilidad
de disolver de este modo los cálculos
biliosos. No se ha demostrado ni ad-
monstrado alcalinos aumentan la
alcalinidad de la biliar, que de ordi-
nario es tan abundante en sales al-
calinas de ácidos biliares, que aun en
los casos mas favorables apenas pue-
de admitirse unificacate
to de ellas, por la reacción de alca-
lino. Por lo tanto, los sales alcalinos
ácidos biliares, sabemos que ubran-

187
como en la gaza y son eliminadas
con la bilis. (Schiff, Frost y Pine.

Entre los medicamentos que
considerado como disolventes de los
calculus biliares, han gozado de gran
fama en otro tiempo, el etor y la
trementina, y aun hoy se recomiendan
por algunos autores el remedio de
Durande formado por algunos me-
dicamentos.

Remedio de Durande.

Compuesto en sus principios de por-
tes iguales de etor y de esencia de
tina de cuya esencia se tomaban de 20 a 25
gotas tres o cuatro veces al dia. Durande modi-
ficó después las proporciones y hacia su reme-
dio con tres a cinco partes de etor por
de esencia de trementina. Antes de usar
su esencia hacia que los enfermos ma-
ren bebidos empílicos y de buena medica-
ren por espacio de tres y medio o de seis
meses. Hacia continuar el uso de su reme-

oliv hasta que los enfermos hubieran
 tomado 566 grs de la mezcla de eter y
 trementina. Si se presentaba irritacion
 fuerte y dolor en la region hepatica se
 suspendia la medicacion. Durante la cura
 que la administracion de su
 a requida de la observancia de los
 preceptos: *deben prohibirse todas las sus-
 tancias irritantes que producen las acurias
 amarillas y fuertes, ocasionando mal que-
 so de leche i feticos del aliento; de que
 son perjudiciales en esta enfermedad,
 los picantes, las carnes saladas, el uso
 *excesivo de alimentos animales, las bebi-
 das espirituosas, las especias y los vegeta-
 les amargos, acesos o calidos, tales como
 los berros, los espárragos y las alcachofas;
 i igualmente perjudiciales los purgantes
 franesjales con frecuencia, las vigili-
 as y el ejercicio excesivo; al contrario, el
 uso moderado de carnes especialmente
 aves azules o blancas, de verduras y de
 sustancias harinosas, las frutas bien maduras*

185
duras, los bebielos diluentes, como el
uero, la limonada, el limon y la
por, el tartito acido de fumar, los
aguas minerales, los sangrias con opor
tunidad y la leche de burra, me han
parecido suficientes para precaver la
reproduccion del calculo. (11)

Para explicar la accion de un remedio
se fundaba durante en el hecho de que
los calculos biliares se disuelven en con
tacto del eter y la trementina. Esta pre
tendida accion disolvente, no es admi
tida por la generalidad de los
tiros, porque no puede ^{se que}
el eter y la trementina lleguen a
la vesícula biliar, sin haber sufrido
una modificacion alguna.

Como no se encuentra tan pronto
disolvente de la vesícula de eter y tre
mentina, se han dividido las opinio
nes respecto a cual de los dos es el mecho
mento que ejerce la accion favorable.

Alcuapd (1856) atribuia los beneficijos efectos

(1) Durante. Observations sur l'efficacite du melange d'ether sulfurique
et d'huile volatile de terebentina dans les calculs hepato-biliaires produits
par des vers biliaires.

del remedio de *Ammoniacum* en el *colic hep-*
paticus, a la acción antispasmodica del
eter. Del mismo modo de fumar es un
 de *manente* *Lichtenstein*, que dice que
 aun cuando la *trumentia* adhiere
 a la *por ingestion* para a la *bilis*,
 la hace *excutiata* tan *severa* y
 de un modo tan *transitorio* (*Tremor* y
Prout), que seria absurdo creer en la po-
 sibilidad de que pueda ejercer una
 acción *disruptiva* sobre los *calculos biliares*.
 En *Caracas* *Rosenberg* ha demostrado que in-
 con el remedio de *Ammoniacum* han obtenido resul-
 tos *favorables* en algunos casos, ha sido debi-
 do a la *trumentia* que a *alta dosis* posee pro-
 piedades *calagagas* *indudables*. Existen
 poco conocidos *importancia* alguna a *eter*
 y es *olvidado* *partidario* del empleo de la
trumentia. Pero no explica los *buenos* efec-
 tos obtenidos con *uso*, por la *influen-*
cia de dicho medicamento sobre la *secre-*
cion biliar, ni por que *haya* la *razon* del
 éxito en el modo de *abrir* de la *trumen-*
tia sobre los *calculos* *ammoniac*, en especial

sobre los catarras de las vías biliares. 187

Los medios que emplean hoy el remedio es durante administran perlas de esty y de tina, para evitar el gusto desagradable de la sustancia.

En cuanto a la eficacia de dicho remedio esty muy uniforme en *Turichy* que dice: Es preferible evitar esta sustancia, el remedio de Durante, que por lo mismo a veces tolerada, porque no reproduce una acción diarreica, y sus efectos antispasmodicos son superables por la confusión.

La que hoy de cierto referente a los dolientes de los calculos biliares lo expresa German Se en pocas palabras: no se cree ya que solo con el auxilio de un tratamiento interno se pueda llegar a disolver los calculos biliares. La evicción de los litotripticos parece en cuanto al presente, relegada a el camino del pasado.

Sin embargo no se puede establecer como ley que los calculos ya formados no vuelvan a disolverse nunca

188

en la bilis. Calculos de coledocina
o de bilirrubina y cal, entra
en la vesícula biliar de perros,
han aparecido a los dos meses disuel-
tos por completo o muy
de volumen (Kammpf. Kelenos)
re. han encontrado en la vesícula
y conducto coledoco, fragmentos de
calculos de diversas formas y ta-
m. Estas alteraciones se verifican
por vía química, porque al pare-
cer, la gresca biliar y el coledocina-
to de cal son disueltos en algunas
partes por la bilis alcalina. Cuan-
do el calculo se halla revuelto por
una cubierta de cal, ya no es esto
posible y solo podría actuar un
medio ácido. (Frerichs)

Colagogos en la coledocitis.

No empleamos hoy medio alguno
para conseguir la disolución de
los calculos biliares por el tratamien-

189

to interno, se han empleado para
facilitar su eliminación,
medicamentos que exci- la bi-
lizencia producen aumento de ten-
sion en las vias biliares. Los cola-
gogos merced a este aumento de
la vis a tergo, pueden vencer el ob-
stáculo que se opone a la expulsión
del cálculo.

Ha a mucho tiempo que se estan
practicando infinitos experimentos
para hallar las sustancias que
tengan propiedades colagogas, y
esta es la fecha en que aun no
se han puesto de acuerdo los princi-
pales que se han ocupado de este asun-
to. El medicamento considerado
por un autor como colagogo en-
tonces no influye segun otros en la
secrecion biliar; y si viene un ter-
ce-ro dice que lejos de aumentarla la
disminuye.

Los hablos de Rutherford y

Ningún fueron examinados durante
 el tiempo como indicados el valor eulo-
 gico de los diferentes medicamentos; Pre-
 vost y Binet presentaron luego otros
 cuadros de sustancias eulógicas com-
 pletamente diferentes de las anteriores.
 delman se dio por tierra los traba-
 jos de Prevost y Binet. Bidder
 y Schmitt, Kölliker y Müller, Kr-
 uald, Nerse, Thomas, Schiff, Lo-
 kolov, Rosencranz, Paschke, Raekring,
 Rosenberg, Lewaschew, Handelsmann, Her-
 chon, Dufour, Beaumetr, Dayon y
 Dufour etc; tantos nombres, tantas
 opiniones; tropecamos en este punto
 con un caos de contradicciones.

Siendo tan numerosos los medi-
 camentos que han sido y han debido
 de ser, o quien siendo examinados
 como eulógicos, solamente para
 reírse a los que son mas
 útiles en el tratamiento de la eubli-
 tatis.

El profesor liño a prestos buenos.

191

renicia en algunos casos en que
habrán producido otros medios. Es
un poderoso colágeno (Steubner,
Rutherford). Según Leroy
H. Mackenzie⁽¹⁾ la resina de
cassia parece una acción colágo-
ga en virtud de la cual re-
duce un aumento en
de elementos sólidos de la bilis.

La bilis de buey cuya acción
gasa ha sido demostrada por un
Shof practico (Lokolor, Schiff, Ro-
venans, Paschke, Doyon y Dufour-
et); tiene el inconveniente de que
la bilis, al mismo tiempo que dismen-
ta se hace espesa a espesa del au-
mento de materias fijas. Como no
se obtiene la acción fluidificante,
no aumenta apenas la intensidad
de la corriente biliar. Por esta
razón es escaso el valor terapéutico

⁽¹⁾ Edinb. med. Jour. noviembre 1898-

192

co de esta sustancia. Respecto á su influencia en la digestión, varían las opiniones: Segun G. Lée la dificulta, y segun Stannum es inofensiva para el estomago.

El salicilato sodico, ausp. ci
Las dosis ocupa una de los prin-
lugares en la terapéutica de las enfer-
medades del hígado, cuando se trata
de aumentarlo y hacer mas fluida la
secreción biliar (G. Lée)

Levaschev, Dujardin. Beaumetr,
Prevos y Pinet, G. Lée, Rosenber, Eich-
post. y otros han empleado con éxito
el salicilato sodico en el
to de la ictericia, tanto en el culi-
co hepático, como en el intermitente de
los accesos.

Rosenberg ha observado que este me-
dicamento tomado á dosis de uno
ó dos gramos, produce un aumento
de la secreción biliar que se mani-
fiesta á los 30 ó 45 minutos y que

193.
deleuura el maximum cosa a tres
horas despues de su ingestion. El coli-
culato molle es el colagogo por
excelencia porque produce aumento
de agua y de sustancias solidas,
pero esta crece en bastante i
proporcion que el agua, y de aqui
resulta una disminucion notable de
la excrecion de la bilis. Ape-
sar de esta accion colagoga de la
bilis de soda, no puede ejercer su
accion completa sino cuando se le
asocian ligeros purgantes que estimu-
lando la accion peristaltica del in-
testino, impiden la reabsorcion
una bilis ya atenuada. (G. Lix)¹¹

Se usó en a tribuya excelente
sultado al calcularlo radica en el
tratamiento de la celulitis, admi-
nistrado a la dosis de 50 centigramos
tres o seis veces al dia.

El aceite de Oliva a des de
vishia tenido en de ten en

194
últimos años, para el tratamiento
de la colitis.

Ha sido empleado desde hace
muchos años como remedio
y empirico contra la litiasis biliar,
en America, en Italia y en Oriente,
y preconizado recientemente por los
medicos de Nueva Orleans (Kennedy).

Se administra el aceite por
combate al acceso de colico hepato-
co, y en el intermedio de los accesos
como medio preservador de la reci-
diva.

El aceite de olivas ha sido usado
con éxito en el acceso de colico por
Fouquier, G. Stee, Villenueve, etc. G.
Se refiere que en diez observaciones
ha obtenido cinco veces la dimi-
nucion inmediata de los dolores,
la expulsión de calculos y de
masa de coágulos grases emulsionados.
Kennedy ha obtenido buenos resulta-

los administrando el aceite de ol.
a la dosis de 180 grs. El caso de
que de 54 casos de cálcul. hepáticos
calculares, 51 (94,4 por 100) fueron trata-
dos con éxito. En 1887, Bonafant con-
firmó la eficacia del aceite, que res-
ultó en producir la desaparición de los
cálcul. y la expulsión de los calculos.

La relación del dolor produ-
cida por este medio es induda-
ble en muchos casos. Según Ville-
min, la ingestión del aceite no re-
laja el cálculo el dolor agudo del cál-
cul. hepático, más que la calmar in-
stantáneamente. La eficacia del acei-
te de oliv. como medio que fa-
cilita la expulsión de los cálcul. ^{seg.}
ha sido y es hoy muy discutida. Los
que han creído en la expulsión
de calculos han sido víctimas de
un error, el hecho de haber encontrado
de empujones en las deposiciones
cerca inmediatamente después

de la desaparición del dolor, lo ¹⁹⁶ ha
inducido a creer que se trataba de
cálculos: en realidad eran prete-
ditos cálculos, urolitiasis que con-
crecían gravemente, tal como James
Ball lo había comprobado en
1880.⁽¹⁾ No a veces el uso de
aceite de oliva en la cul-
titiasis. Rosenberg que fue el prime-
ro que en Alemania recomendó
el tratamiento por el aceite, expli-
caba sus beneficios resultando de
la acción en la quema de dicha sus-
tancia. Ha pretendido demus-
trar este autor que en perros su-
metidos a la alimentación nor-
mal, la inyección de 100 grs de
aceite produce aumento de la re-
acción biliar generalmente al co-
bo de 30 a 50 minutos, y algunas
veces a las dos horas. Rosenberg a-
firmaba que el aceite a grandes dosis
es el mejor remedio poderoso para
(1) L. Lion. *Loc. cit.*

expulsar la biliar. Esta accion es la
ya admitida tambien por Ste-
phens y Dufour, segun los males de
este de bilis que influye en la re-
sion biliar; y segun
produciria una disminucion
en el aumento de la reser-
va biliar.

Que aunque fuera real no influye
para nada la accion de la gura
de este en la detencion de la crisis
de la ura, lo demuestra el que la cri-
sis se detiene en pocos minutos mien-
tras que la accion de la gura no
se produce nunca antes de
hora.

Conate creia que el aceite pene-
traba por capilaridad en las vias biliar-
es, de esta manera llega al hígado
y a la vena porta que se encuentra en contacto
con los calculos, que se vuelven
duras y friables. No puede admitir

198

se esta accion directa del aceite
sobre los calculos, oleole que los experi-
mientos de Chauffard y Dupré han
demostrado que nunca para el acei-
te en las vias biliares. Habiendolo he-
cho inyectar a algunas personas aceite
puro o coloreado con la cochinilla
han encontrado este liquido en el
estomago y en el intestino, pero
con una falla en la ampulla de V
ter. Ademas, inyectando el aceite
de olivas en el cadaver teniendo
el duodeno obturado por doble
ligadura, no pudieron cumplir
con la presencia del aceite en las
vias biliares. La accion quimi-
ca de disolucion o disgregacion,
del aceite sobre los calculos, achu-
pada por Brockbank y Fouate re-
sulta pues ilusoria. En efecto si
se sumerge un calculo de calcu-
lina en aceite de olivas, queda
terrible sin cambiar de aspecto ni

consistencia (Chauffard). Seg¹⁹⁹
Villermé el aceite puede detener
el colico hepático por una acción
refleja que hace cesar el espasmo
de los conductos biliares, y los do-
lores ocasionados por este espasmo.

A pesar de las infinitas re-
cetas que se han hecho del aceite es-
te medicamento no ha tenido una
aceptación general por la repugnancia
que experimentan los enfermos
contra las grandes dosis de acei-
te, por que da lugar con alguna
frecuencia a dispepsias o a heces
tan malolientes, que los enfermos re-
niegan en absoluto o caen en
el tratamiento.

Encontramos con estas observaciones
hechas por muchos autores, abundan los
datos franceses principalmente que afirman
lo contrario. Chauffard dice que el aceite
mejora el apetito. G. Lion, y F. Renard, que
esta medicación retolera mucho mejor

de lo que pudiera suponerse. Dufardieu²⁰⁰
Requiemet refiere que un enfermo tolera
bien perfectamente grandes dosis de aceite
apenas de añadido para aumentar
efectos eulagicos, 50 grs de bilis reciente de
buoy. Chauffard y Dupré afirman que en
caso de crisis inminente o en el estase
de crisis constituida por una serie de
accesos que se reputan anormales, el aceite
de olivas administrado a dosis elevadas
de 200 a 500 grs, suele producirse
de alivio: los dolores se atenuan y se
suprimen, la fiebre se vacía y la
crisis desaparece, siendo excepcional que
á pesar de esto se repulsen calambres.

El aceite se administra a dosis va-
riables. Las grandes dosis (Eouâtre) de
desecarne. Se da generalmente de 100 a
200 grs diarios. Rosenberg y Furbringer
hacen mercurio perfectamente 200 grs
aceite de olivas con 20 grs de cognac,
3 a 5 decigramos de mentol y con dos ye-
mas de huevo; para tomar en dos veces
en el transcurso de una hora. Requiemet

201
don esta mercha como la mejor
una de administracion. Para qe
real quito despues de tomar el aceite,
basta lavar la boca con alcohol o
lo o con esencia de naranjas (dependiendo)
o tomar una rajita de Limon.

No debemos olvidar que con la ad-
ministracion de tan grandes cantidades
de aceite, se presentan con frecuencia en
las deposiciones, mocos blancos, res-
pientes, blancos o verdosos, impreg-
nados de bilis y fuertemente entre los dedos,
tienen o simple o una gran cantidad.

Los callos; pero el examen quimico de
muestra que estan formados por gra-
sas saponificadas. (James Ball, Ville-
jean, Coley, Bernabei, Weston y otros).

En resumen, el aceite de alivias a pesar
de haber practico (Eltzer) que niegan
en absoluto su eficacia, es un medio
invento de utilidad si se emplea cuando
esta indicado.

Por lo que se refiere a su accion
te del calor, el resultado obtenido en mi
practica con el uso del aceite me hace es-
tar muy conforme con Dupondin Beau-
mont: «elle arrête presque instantly
les douleurs aiguës»

En cuanto a la accion exaltadora de
esta sustancia, no la he visto nunca
da en un solo de las causas en que la
se emplea. Sin embargo después de
la observacion de Villermé, G. Lee,
Serrat, Leyden, Zerner y otros, no
podemos negar en absoluto la eficacia
de intermedicamente
de dichas practicas algunas
vezes la expulsion de las calculos.

Se debe intentar el tratamiento
por el aceite en el calculo hepatico
esto es debido a la dificultad
de emigracion de los calculos, o a su
enclavamiento en el conducto. Si el
procedimiento calculoso procede calor

mente de la vejiga de la hiel, o se ²⁰³ con-
prueba la existencia en esta de un cal-
culo voluminoso, no tiene razón de ser
el tratamiento por el aceite.

La glicerina se ha empleado repe-
tidas veces con éxito en la litrosis biliar.
Segun algunos autores (Stewart, Fenwick),
el aceite de oliva no obra hasta que
por su saponificación da lugar a
la glicerina. Este medicamento no es
un litotriptico; obra fluidificando la
resaca biliar, facilitando por con-
siguiente su excreción y los de los cuer-
pos biliares que contiene. Se
a la dosis de 15 a 20 grs mezclada
con agua de Nixy, en intervalos de
los accesos. Se puede usar a la dosis de
una onza (30.0 grs) pero ocasiona
a veces trastornos digestivos.

Considero a la glicerina en el tra-
tamiento de la calculosis, a la mis-
ma altura que el aceite de oliva

teniendo sobre este la ventaja de su
mayor fácil administración. 704

La Lipamina ha sido propuesta
por Senator como una aceptable y
mejor tolerada por los enfermos.
No cabe duda la eficacia de este medio.

Las capulas de etna amilvalerica
nica (Chaffard), son un buen anal-
gesico de los mas bellos; 4 o 6 cap-
ulas en la camisa. Son con frecuen-
cia mal toleradas por el estomago.

Chaffard dice haber obtenido con
ellos muy excelentes resultados con el
aceite de Haarleu. Dosis: Cada
ochos dias por la noche al acostarse,
una o dos perlas de aceite de Haar-
leu con una taza de infusion de
boldo, y en los dias de intervalos es-
tablecer la medicacion por el ben-
zoato o el salicilato volico.

Aguas minerales en la cole-
litiasis. De antiguo se considera
 a las aguas minerales como un me-
 dio que presta excelentes e inolu-
 tables resultados en el tratamien-
 to de la coelitiaia. Pero hasta
 la fecha nada que yo sepa, ha da-
 do una explicación racional de en-
 en del modo de obrar de dichas

Las aguas que admiten
 acción beneficiosa del tratamiento
 hidro-mineral, son inmensas en
 cantidad. Su autenticidad ha influi-
 do para que yo hiciera por comen-
 zar: no he querido asegurarlo.
 Cuanto mas he estudiado la cole-
 litiaia tal cual es, y cuanto mas he
 reflexionado a cerca de los efectos
 obtenidos en los establecimientos hi-
 draícos, mas he dudado que la tan

706
pondera la beneficiosa acción, no de-
bida al uso de las aguas minerales. No
es claro ni mucho menos, que la elimi-
nación de los cálculos biliares en Vichy, Carls-
bad, Cautana, etc, sea efecto de la inges-
tión del agua de dichos establecimientos.

Los principales manantiales de que se
hace uso en la culelitania, pueden
incluirse entre grupos principales:

- 1 Aguas bicarbonatadas sodicas: co-
mo su nombre indica proclamamos
ellos el bicarbonato sódico (Vichy, Vichy,
Bilins Neuenahr, Mondariz, Terin-
sas, y Caldas de Ibañeta, etc).
 - 2 Aguas sulfatadas sodicas campees-
tas: abunda en estas el sulfato sódico
(Carlsbad, Marienbad, Karas, Ber-
trich, etc.)
 - 3 Aguas cloruradas sodicas (Kau-
heim, Wiesbaden, Bourbonnes Bains, Hau-
buro, Soden, Cautana, Caldas de Braya,
Fortuna, La Muerca de Arbieta, etc.)
-

De los marciales, citados en sus ²⁰⁷ *virtudes*, que son los mas empleables, y a tres
grados; ademas se usan tambien aguas
no incluidas en dichos grupos como Vi-
telle, Capvern, Contrexeville etc; pero bas-
ta a mi objeto con las enumeradas.

Aguas bicarbonatado-sodicas. To-
mamos por tipo las de Vichy, veamos
lo que dice de ellas Chamfard: Entre las
aguas bicarbonatadas sodicas, es la etacium
clorica de las litarias, la que a mayor
numero de enfermos puede convenir. Bajo
la influencia de este tratamiento y a ve-
ces desde los primeros dias, vuelve el ape-
tito a aumentarse y mejora las digestiones.

La orina se hace mas abundante y
mas clara. Muchas veces hacia el acto
de a' decimo dia de la cura, produce
una crisis exulsiva bajo la y
de celio hepatico con intensidad, segun
la intensidad de los accidentes, el tra-
tamiento debe continuarse o suspenderse
segun ²⁰⁸ Muchas veces la accion medicativa

de Fichu es silenciosa, se continúa ²⁰⁸ durante los meses que siguen al tratamiento. Las crisis antes frecuentes se hacen raras o se atenúan, pero la común es que residuen al cabo de diez meses pero mas o menos, si el tratamiento médico o una nueva cura termal no vienen a completar o a causalizar la curación.

19. De modo que estas aguas producen alivio notable muy a veces y curación bien sea dando lugar a la expulsión de calculos, o bien de un modo silencioso, sin enterarse siquiera el enfermo.

Y aun si tiene fundamento esta afirmación tan admitida generalmente, si estas manantiales obran tan favorablemente en la calculitis, seguramente que lo harán por su empírico y por el contrario, con el mismo genero vicio que se hace en los establecimientos balneoterapias, el agua común a la misma temperatura y

producir los mismos efectos.

209

Si abran por un compresión gástrica, las aguas bicarbonatadas sodicas, deberán sus propiedades al to sódico. Veamos lo que se conoce hasta ahora, de la influencia de esta sustancia en la secreción biliar. Parece ser que el bicarbonato sódico no influye en grado apreciable sobre la secreción de la bilis. Según Lerrarchen y Klievitsch, este líquido aumenta y se mueve fluido en fuertes bajo la influencia de una dosis de 4 gramos. Prevost y Binet dicen que esta acción es escasa. Retcherford y Vignal en han observado ningún efecto con un administración. Han observado que las dosis elevadas disminuyen esta secreción. Röschigko vitz disminuye igualmente la actividad funcional del hígado con el uso del bicarbonato sódico. Stadelmann (1896) opina que la acción de este medio

mente sobre la secreción biliar es en-²¹⁰
la. S. Brauchard ardiente partidario
de los alcalios dice que estos de-
dichas secreción.

Ademas: los mismos que precauroun el
uso de los manantiales bicarbonatados
sodicos, al tratar de los medicamentos
colagogos utiles en la litiasis biliar, em-
plean el salicilato y bicarbonato sodicos,
el aceite, pero ni siquiera mencionan
al bicarbonato sodico como colagogo.

Si este medicamento no produce au-
mento de la secreción biliar, ni de la
impulsión por consiguiente cuando la biliar
verifica su salida, los aguas bicarbona-
tadas sodicas, como compuestos por dichos
sustancias, tampoco producen efectos co-
lagogos ni aumento de la vis. ni tergo en
la corriente biliar.

Esto es claro: si dichos aguas abran solamen-
te por un elemento liquido, se igualaroun
en sus efectos con el agua comun. Si abran
por un compuesto se portaroun como lo

hagan sus compramientos. Cauremencia: ²⁴¹ las
aguas de Vichy y similares, como tales aguas
bicarbonatadas sodias, no producen aumen-
to en la cantidad, ni en la impulsión de
la corriente biliar, y por consiguiente no
dan lugar a la expulsión de
biliares.

Aguas clorurado-sodias. Las
minimas reflexiones que acabo de hacer,
aplicables aqui. El cloruro sodico a pe-
queñas dosis es un excitante del
estomago. A mas altas dosis (30 o 40
produce irritación del estomago e inter-
mina efectos purgantes. En ninguna
de las tablas de euclagias, hechas por los diferen-
tes autores, se encuentra mencionada el clo-
ruro sodico. No aumenta la cantidad ni
fuera de impulsión de la biliar, y en cambio
las aguas a que dan nombre determinan al-
cun de muchos practicas la expulsión de cal-
culos. Esto ora' cierto pero no es racional. Que
el cloruro sodico no produzca efecto alguno
sobre la secreción biliar, y que el agua co-

linda de lugar a la eliminacion de calculos, es ca-²¹²
ra que no ventra por los reñículos.

Boas dice que las aguas cloruradas sodicas
no parecen ejercer ninguna accion sobre las glan-
dulas abdominales (higado, pancreas) ni in-
cubo y exclusivamente sobre el estomago y en
su caso sobre el intestino? (1)

A pesar de ser tantas las manantiales de este
genero, y tantas las medicas que dicen haber
observado en ellas la eliminacion de calculos,
teniendo en cuenta las razones antes dichas, no
creo que la expulsion de calculos biliares en
los establecimientos clorurados sodicos,
debiata al uso de dichas aguas.

Aguas sulfatadas sodicas compuestas
Se caracterizan por su gran proporcion
centesimal de sulfato sódico, que va acom-
pañada de cantidades variables de clo-
ruro sódico, bicarbonato sódico, y acido
borico libre.

El prototipo de estas aguas es Carlsbad;
el establecimiento mas acreditado en
el tratamiento de la calculosis.

Es afirmacion corriente y mu-

mente aduntida, que con el uso del ^{2.19}
de Carlbad se expulsan con mucha fre-
cuencia calculi biliares, integros o en
pedruzcos y otras triturados.

Summen dice el particular del agua
de Carlbad, aunque se usa que las en-
fermedades prácticas en el mismo manantial
dan mejores resultados, precavirá tam-
bien los efectos obtenidos en la recu-
peración del enfermo. Escribo para la cura
de Carlbad hecha a domicilio, la apli-
cación permanente de Cataplasmas
de harina de linaza. Hace permanecer
a cortadas a los enfermos durante tres o
cuatro semanas, dos veces al día, tres ho-
ras cada vez aplicando durante este
tiempo grandes cataplasmas y haciendo
beber a pequeños sorbos durante las
primeras horas, muy 100 grados de
caliente (hasta 45°) hasta 10 o 5 mi-
nutos. Summen administra como co-
tidiana ordinaria 800 grados de agua de
Carlbad en 24 horas (Esten).

214
Soluble es la gran extenuación que se da
a las indicaciones del agua de Carlstad
en el tratamiento de la colicitaia: el que
padece colicis biliares debe ir a Carls-
bad, o tomar siquiera sus sales artificia-
les.

Esto camita en que aun no se ha genera-
do el verdadero concepto de la co-
lilitiaia. Mientras no aprendamos
a diferenciar el colicis hepatico calen-
loro, de la colicitis infructuosa, no
podremos explicarnos, porque efecti-
vamente, se observa con el agua de
Carlbad buenos efectos en algunos ca-
sos.

Se trata de un acceso de colicis hepa-
tico, con o sin eliminacion de calculos:
se administra el agua de Carlbad y
frecuencia se observara que el dolor se al-
ma. La mayor parte de los autores
que de esto tratan, se afanan en resus-
citar y dar explicaciones que al fin
ninguna es verdadera, y sin embargo

la cosa es sencilla: el agua de Carlsbad ^{n. 15}
obra en estos casos por sus propios
efectos purgantes. En efecto: sabemos que todo
accidente de colitis hepática, con resultas
o sin el, supliera por una colecistitis
aguda. Es bien, nada combate el
dolor de la inflamación aguda de la
vesícula biliar con tanta seguridad
como un purgante, cualquiera que
se tome. Esto bien lo explicaban
también los antiguos: ubi est stimulus ibi
affluxus.

Bajo la acción del purgante la acción
intestinal excitada se hiperemia, y se
produce la acción calmante del dolor,
porque la sangre cuando ha sido eva-
cuada el intestino, pasa de la venia
biliar a este. Del mismo modo se
de explicar el alivio cuando el
calentamiento se encuentra en el conducto co-
lecístico y produce la inflamación
de este conducto, con dolor e icteri-
cia: un buen purgante puede cortar

para hacer cesar estas sintomas. No
da tiene de particular que en esta en-
fermedad se recomiende el uso de las aguas de
Carlsbad. Pero de esto a decir que con ellas
se expulsan cálculos, va una distancia in-
mensa.

Después luego se comprende bien que los
cálculos voluminosos, aquellos que por su ta-
maño impiden pasar por los con-
ductos biliares, se expulsan bien con ellos, pero ex-
tremos los medios internos empleados. Pero
nos referimos a las aguas hacen
cálculos de pequeño volumen.

Respecto a la fisiología patológi-
ca, ya vimos que la principal fuera,
si no la única que impulsa a los cál-
culos biliares a través del cistón y cole-
doco, esta representada por la intensi-
dad y número de los accesos de colecis-
titis, traducida a su vez en energía
contractil del órgano excitado: infla-
mación y contractura, transmitida a los
conductos biliares por continuidad de

tejielo.

217

Este sentido se entiende perfectamente que las aguas de Carlsbad no contribuyen a que se expulsen cálculos, antes al contrario, obrando como purgante por las acciones de la calceantit, eliminadora suprimiendo el principal motor que ha de ocasionar la salida de los cálculos. Se sigue por lo tanto como dice Riedel lo contrario de lo que se busca, y si se expulsan cálculos en Carlsbad no es por efecto, si no a despecho de este manantial tan renombrado. La naturaleza se ayuda por sí misma sin tener en cuenta los preceptos erróneos de los

Las aguas minerales sean del grupo que quieran, no contribuyen en nada a la eliminación de los cálculos biliares.

No nos olvidemos oportunamente las afirmaciones que se han hecho en obsequio de ciertos notables eminentes balnearios.

Bouloumie dice hablando de la cura de Wittel: «Es una cura de equilibrio de cálculos, limpia la vejiga de la hiel, los conductos y las vias biliares, y la acción de la Fuente Salée sobre la di-

eliminación de los cálculos biliares es tal, que en cer-
tas enfermos he podido hacer a mi voluntad
varias veces requiera o a cortes internales
repetir o suspender la expulsión de cálculos,
según ordenaba requirir, reiterar, o suspender el
uso de este agua. (1)

Si la acción eliminadora de las aguas de
Wittel es tan segura, verdaderamente que Bon-
bouine ha tenido buena suerte al no su-
entretanto enfermo, mas que cálculos facil-
mente eliminables; pues si solo una vez hubie-
ra conseguido esclavar en el coleduco un
solo refluxo, seguramente no le habría que-
dado gana de repetir la suerte.

Si creyera yo que las aguas minerales
empleadas en la coliclitia, tienen algunas pro-
piedades eliminadoras, me veria perplejo
en muchas ocasiones para manejar a los en-
fermos. Mejor es estar parados que caer en
oscuras. ¿Quién me asegura que los enfermos
que se envia a tomar esas aguas impetuosas,
solo tienen en su vejiga o conductos, calen-
los biliares de pequeños terruños? ¿No sabemos
que al lado de una vesícula biliar puede encontrar
el Bouverie, Franc. mediate 31 de Enero 1896

se un voluminoso calculo? ¿No habiendo ²¹⁹
en la mayoría de los casos, requerido alguna
de quales enfermos, en tener un calculo de
gran tamaño, citaremos historiados, a mandar
los donde facilmente puedan adquirir una
grave enfermedad que el que llevamos?

Aunque un calculo voluminoso en la vesícula
biliar, mientras este allí representa un
padecimiento ligero. Administramos la eleimi-
nadora, aguas y lavamos que el calculo
pase al conducto cístico y luego al calculo
co, colocamos en la papilla inferior de
este conducto, inmediatamente por encima
del divertículo de Vater: retiramos mas las
aguas, y el calculo apenas de la mas fuerte
simplicación no puede vencer la resistencia
del esfínter biliar. Los cálculos duodenales,
de un esfínter del cual es función la plen-
titudología de la vesícula biliar. ¿Que con-
siste entonces? Que si el calculo sale del conducto
biliar, no es a través del esfínter, sino
produciendo la rotura del conducto, de
lo resulta que un padecimiento
mientras el calculo estaba en la vejiga, se
convierte en gravísimo cuando este se ha

220
colocados en la porción inferior del
ducto coledoco. Tal es lo que se observa
en muchas veces en los balnearios y en los
aguas minerales citadas.
Propiedades coledocogénas. Se observa
bastantes veces; pero no se dice nada, por
que también tiene lugar el enclavamiento
calculoso del coledoco fuera de los muco-
siales: en cualquier lugar donde se
encuentra enfermos de esta clase.

Al negar la acción coledocogénica de
los curas hidriáticas, se me replicaría que
en dichos establecimientos se observa
una frecuencia en la presencia de cálculos
biliares. Es verdad: no puede negarse,
que es un hecho: pero distinto en interpreta-
ción.

En primer lugar, en Carlsbad por e-
jemplo que es el balneario de una forma, se re-
unen miles y miles de enfermos con cálculos
biliares. Por este solo hecho se deduciría que
una parte de ellos, por insignificante que
sea arrojaría también excrementos aunque es-
tuviera en su casa. Esto no se puede du-
dar. De modo que solo por reunirse muchos
enfermos, se ha de admitir que

diante de todo tratamiento, u verificación
 en algunos la callosidad al exterior de callosi-
 tes.

También se debe tener en cuenta la clase
 de enfermos que allí va. No son los que están
 en reposo calculos en la micula bilis, por-
 que en su re-entran muchas veces
 impurencia. Los enfermos que en buena
 curación o alivio van a los balnearios,
 aquellas que sufren multitudes mas o menos
 grandes. Estas multitudes son debidas
 en gran parte a que los calculos

Los enfermos en los que el reposo de los cal-
 culos se ha destruido, son naturalmente
 los mas expuestos a que estos se espulsen.

De suerte que tenemos hasta ahora, 3
 enfermos y con todos con calculos que en
 vez en cuando dejan el reposo.

Otro factor: el regimen en los estableci-
 mientos hidriateros. Reparemos en la
 vida que hacen los enfermos: paseos, equi-
 tacion, gimnasia, masaje etc. en
 palabra: actividades, cambios con-
 tinuos siempre en la vida del individuo.

222
Si nos fijamos en la alimentación, el
cambio es mayor o cabe. En lugar de co-
midas desregladas, el individuo se
te a un régimen nutricional estrictamente
regulado a las condiciones del enfermo.

Sabemos lo que influye la actividad
física en la corriente biliar; sabemos que la
alimentación es un elemento de primer orden
cualquiera. ¿Podemos pues que solo
por el ejercicio activo y por la co-
rección también que muchos enfermos
expulsen cálculos?

Expone explícito la eliminación de
litos en los cálculos: una parte debi-
do al número; otra, a las condiciones de los
enfermos; y otra la muy importante acaso,
al ejercicio y alimentación: varios casos
haciendo un número.

La importancia concedo a la alimen-
tación, que si yo me propusiera en algún
enfermo conseguir la eliminación de cál-
culos, mejor que mandarlo a
lo ventanero a la mesa del rey Baltar-
ran.

Otros muchos han tratado de

la eficacia de las aguas minerales ²²⁷
en aumento de la actividad de
bilis, que favorece la trituración de
residuos y la disolución de precipi-
tos. Esto es inverosímil; yo he dicho
te que con la administración de alcali
nosfre camique cuando hay un aumento in-
significante de la acidez de la bilis;
y que se conoce mejor algunos que disminu-
ya a los cálculos en la vesícula.

En cuanto a la influencia de estas
en los estados anormales y
las vías biliares, produciendo acti-
vidad en la circulación del hígado,
todo lo que se diga es muy problemático.
El estudio más completo de los cambios
que experimenta el metabolismo contin-
tivo bajo la acción de las aguas
minerales, ha hecho desaparecer creencias
y tradiciones. W. Hoorden y sus
discípulos Dappert, J. Orsini, etc.,
han aplicado la piqueta de la inves-
tigación experimental al misterio
que hace siglos se turbaba.

en hidrología medicinal. La afirmación
tan repetida de que tal agua mineral
conviene a' los pleuríticos o a' los indi-
viduos debilitados, por activar o' dis-
minuir el metabolismo nutritivo, de-
be ser relegada al olvido. De los traba-
jos de Stooden, Dapper, Ludwig
y Kraus se deduce como resultado posi-
tivo, que ni el agua de Carlsbad ni
el agua salada influyen de un modo
apreciable en el metabolismo nutri-
tivo. Aunque todavía no se
aducen pruebas experimentales, no es
probable que otras aguas minerales re-
spondieran de un modo diferente.

Indicaciones de intervención
quirúrgica en la coledocitis. Es esta
cuestión tan debatida de importan-
cia tal, que antes de terminar el presen-
te trabajo, le dedicaré unos long.
Si en algún punto aparece
te en contradicción la opinión de los
medicos y la de los cirujanos en ter

nos generales, es al estuñio la calculitis²⁷⁸
como fuente de indicaciones operatorias.
Rory para todos los quistes. Ferrand dice
que la intervención quirúrgica
no es una medicina de excepción, a la
que no se debe recurrir si no después de ha-
ber agotado todos los medios médicos. Go-
llier afirma que solamente después del
fracaso benedidudablemente comprobado
de la medicación interna, se tiene el
derecho de emplear los medios nuevos.
Chetani dice: el tratamiento operatorio
de la litiasis biliar por medio de la extrae-
ción de cálculos, sería suplirlo con
otros muy numerosos todavía si
de todo, pudieseramos por la curación
un gran número aun de los casos muy
graves, y si la intervención operatoria
no ocasionara todavía un mayor ó
menor número de víctimas en pro-
porción como es natural de la gra-
vedad de la intervención. Marcel
Brandellini lamenta de que por ago-
tar los recursos médicos como queremos todos

226

previs los medios aferrados o los dog-
mas antiguos, no se llega o á otro resul-
tado sino á agotar al enfermo y remi-
tirle mediamente en su muerte,
á los manos del cirujano. Riedel ha-
blando de la gran profusion de casos
simpliciter, en que tuvo que intervenir, dice:
"Con tales ellos hubieron padecido seme-
lites de supraduodeno con facilidad
y sin peligro, pero con la esperanza de
curacion espontanea deparar para
epoca oportuna para la operacion;
presentandose despues en un estado de
bato y produciendo como unico recurso
una operacion la menos peligrosa posi-
ble".

Segund ademas cuatro indicaciones
fundamentales; dolor, ictericia,
la vesicula, y estas dos fistulas.

Hay Roben esta como indicaciones
de intervencion quirurgica: 1.º Cálculi
hepatici repetidos ref. ictericia con ó
sin distension de la vesicula biliar. 2.º dis-
tension de la vesicula 3.º ictericia, pre-
sente con acum. de bilis repetidas, con

o' en sus arcos; 4.º en forma de la
 vesícula 5.º peritanto del hipocundo
 6.º accesorios de vuelta al rededor de la veni-
 cula o en el hígado; 7.º adherencias de la
 vena después de curada la litiasis, 8.º fis-
 turas biliares; 9.º obstrucción crónica con disten-
 sión de la vesícula; 10.º Culebrillas & legu-
 mos 11.º ruptura supurada de la vesicu-
 la sin herida exterior; 12.º angioleptitis
 supurada.

Forque y Reclus (1) adunte como cuasi
 causas generales, dos: la obstrucción de
 las vías biliares, y un infección; y como
 especiales de la litiasis: 1.º la retención
 biliar 2.º los cálculos; 3.º el tumor de
 la vesícula o los paraventriculares; y 4.º
 los síntomas generales entre los que la fiebre
 ocupa el primer lugar.

El Dr. Juan Ferrabó (2) abundando en las
 ideas de Riodel, establece como indicio
 cinco: 1.º los accesorios dolorosos intermiten-
 tes de aumento de volumen de la vena.

(1) Forque y Reclus. *Treat. de thérapeutique* tome 2.º Trad. de Pablos y
 Urdin.

(2) Discursillo leído en la Academia médica quirúrgica española en
 la Sesión inaugural del curso académico de 1900 al 1901

culas, después de eliminados calculos ²²⁴peque-
nos; 2.º la enteritis infratuberosa; 3.º el do-
lor cuando este domina la escena y ator-
menta fuertemente a los enfermos; 4.º
infección; 5.º ictericia; 6.º procesos infe-
ciosos que complican la litiasis y deter-
minan supuraciones abundantes; 7.º
operaciones que llamo de orden recurren-
te; operaciones complementarias que
pletan por decirlo así, la intervención
initia; 8.º oclusiones intestinales calculosa.
Nunca hace depender la intervención
operatoria, de los resultados obtenidos
con la cura de Carlsbad.

Las indicaciones generales que dan lugar
a la intervención quirúrgica en la calculi-
tias, están determinadas por la obstruc-
ción de la vésicula biliar, la infección bi-
liar y la emigración anormal de los cal-
culos.

Las indicaciones particulares, son
tres dentro de ese gran triángulo que provee
de a todas las indicaciones. La primera es
una: un momento en la obstrucción cal-

1897

culera del culetero. La dilatación
de las conductos biliares, otro. La cir-
cunferencia por estasis biliar, otro. El
modo de que la obstrucción intesti-
nal calculosa es un momento, de la
emigración anormal de los cálculos.

El convencimiento exacto del proceso
cálculo, evita el estallar al obte-
ner las indicaciones. De la opinión
de los autores citados se deduce que
en el fondo las indicaciones por ellos admi-
tidas son las mismas, y estas son
aceptadas por los médicos. La discrepan-
cia se atribuye en las complicaciones
que hace necesario la intervención, sino
en la hora de intervenir. En la intervención
se ve por obstrucción del culetero por cal-
culos ¿quién llega la necesidad de la interven-
ción quirúrgica? El Vaidie. Los casos que ven
en los que hay un período de que se
apere más pronto, y otros más tarde. Estas
son diferencias que el tiempo se encargará
de resolver, cuando el verdadero concepto

de la coelitis re generalice.

Heinrich von Meibomius, reas los cirujanos: los mandamos, con cada uno de ellos, a las mesas de operaciones, y no tenemos esto en cuenta cuando examinamos sus estadísticas. Agotamos los medios internos, medios que son con siempre, y después que desesperamos de conseguir algo curativo, estos Larrey, a los cirujanos, y los combatimos, si no los resisten; ¡enabrando tal o cual medicamento, que al no dudar los callos, masime para nada como curativo de la coelitis, que vemos los hermanos, resulta de los obtenidos por los cirujanos: esas estadísticas, con el 5,1 por 100, con el 3,8 por 100, logrados por Peterren, Kher, Löbker, Riedel, etc. en las operaciones practicadas, a consecuencia de cálculos biliares!

Respecto a la operación indicada en cada caso, no pueden darnos las pautas; esto depende como es natural, de la localización del proceso y de su intensidad. A continuación transcribo el cuadro a consecuencia de las operaciones posibles sobre el hig. las vías biliares, de Pantalani en un afrecha del y de las vías biliares (1899).

Operaciones principales

Operaciones típicas sobre las vías biliares

1.º Vías biliares p

Vías biliares en general ^{Canalículos hepáticos} Canal hepático

La paratomea exploradora parabiliar

"

"

Recharamiento del cálculo (Massage)

"

R. de cálculos del hepático en el coledoco o vesícula

Desobstrucción de vías biliares (Lithotomía)

Ext. de cálculos intra hepáticos por el coledoco

Ext. de cálculos del hepático por vesícula o coledoco

Fraccionamiento de cálculos Colelitotripsia

"

Hepático litotripsia

Abertura y sutura de vías biliares. Gallina o coletomía

"

Hepaticotomía

Abertura permanente fístula biliar o coles-tomía

Colangiotomía

Hepaticostomía

Ablación total o parcial (Ectomía)

Colangiectomía

"

Anastomosis de las vías biliares con el tubo digestivo (Enterostomía)

Colangioenterostomía

Hepaticointerostomía

De la materia contenida en el presente trabajo, se deducen las siguientes

Conclusiones

- 1.^a No se conocen aun con regularidad las verdaderas causas de la formación de cálculos, pero no se puede poner en duda la gran importancia litogénica del estasis biliar, ni el origen microbiano en algunos casos.
- 2.^a La coledolitiasis no tiene ningún con el artitismo: si la uridemia puede explicar la arenilla urica del riñón, no se puede decirnos de la formación de concreciones compuestas solamente de colestercina y de sales biliares.
- 3.^a La alimentación abundante y nutritiva, y hasta un género de vida anormal, no favorecen en modo alguno la producción de cálculos biliares: si así, la coledolitiasis sería mas frecuente en

el hombre.

233

- 4.^a La perenne no desempeña papel alguno en la producción de cálculos biliares.
- 5.^a El acceso de cólico hepático no siempre es debido al paso del cálculo a lo largo de los conductos biliares; la angiocoledontitis calculeosa puede producir el mismo síndrome. Por eso se nota muchas veces la ausencia de cólitos en las defecaciones, después del acceso.
- 6.^a La fuerza que en todo caso impulsa a los cálculos, es originada por la inflamación de la vesícula biliar, pues las escasas fibras musculares que bastan para expulsar la biliar normal, no tienen por sí sola fuerza impulsiva.
- 7.^a Las complicaciones son relativamente frecuentes, y pueden tener lugar en cualquier momento de la emigración del cólito; tanto en los conductos biliares como en el intestino.
- 8.^a El pronóstico de la colelitiasis debemos considerarlo siempre como dudoso, porque las complicaciones son frecuentes, y las recidivas no son raras.

- 9.^a Si la coleditiasis se manifiesta por accesos típicos de cólico hepático, el diagnóstico es generalmente fácil; pero se hace muy difícil en cuanto no se presenta bajo una forma regular, por la multitud de afecciones con que puede confundirse.
- 10.^a Todo acceso de cólico hepático violento debe ser tratado inmediatamente por la morfina en inyecciones subcutáneas. Este medio lejos de favorecer a la emigración de los cálculos, la favorece; pues mas veces es debido al estancamiento calculoso, a la contracción espasmódica de los conductos biliares, que a la atonía de los mismos.
- 11.^a Entre los colagogos usados en la coleditia, si no hay ninguno tan seguro como una comida mixta abundante: esta es el mejor colagogo.
- 12.^a Las diferentes aguas minerales dadas en la coleditiasis, no influyen en para la expulsión de coleditos. Si el tratamiento hidrático produjera con seguridad la eliminación de los cálculos, los establecimientos hidrominerales re

verían mucho menos concurridos, por que los casos de oclusión calculosa persistente, de los conductos biliares, serían numerosos.

13. No es cauaa medio alguno que por ingestión produzca la expulsión de colélitos: o éstos son de pequeño tamaño, y les espulsa la naturaleza una vez que se ponen en movimiento, o son voluminosos, en cuyo caso no pueden salir por las vias naturales.

14. No existiendo ningún medio que por ingestión sea capaz de disolver los cálculos biliares, puede afirmarse que la litiasis biliar no tiene tratamiento médico.

15. Aquí son las indicaciones generales de intervención quirúrgica en la coledolitiasis:
1.^a, obstrucción de las vías biliares; 2.^a infección biliar; y 3.^a la emigra-
anormal de los cálculos.

16. Al determinar el momento de la intervención operatoria, conviene haber esperado confiando en los esfuerzos

de la naturaleza; pero nunca debemos dar lugar a que el enfermo se encuentre en tan lastimoso estado, que en el caso mas favorable resulte, no curacion, sino una resurreccion por intervencion quirurgica.

Junio de 1903

Acostan

Admirable
M. Márquez



Presidió el ejercicio en el día
de la fecha y fue

cuadril 16 octubre 1903

Apresente
Hoyano Rodolfo
y Fernando

El vocal

Enrichi Lopez

Manuel Jimenez

Manuel Hom. Sandoz

El secretario
M. M. M. M. M.